


**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO SÓCIO ECONÔMICO  
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL**

**GRAZIELA DA SILVA**

**ALGUMAS CONSIDERAÇÕES SOBRE A GRAVIDEZ/MATERNIDADE DAS  
ADOLESCENTES ATENDIDAS NA UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO SACO  
GRANDE**

DEPTO. SERVIÇO SOCIAL  
DEFENDIDO E APROVADO

EM: 19/08/08

  
Rosana Maria Gaio  
Depto de Serviço Social / CSE

**FLORIANÓPOLIS - SC**

**2008/1**

**GRAZIELA DA SILVA**

**ALGUMAS CONSIDERAÇÕES SOBRE A GRAVIDEZ/MATERNIDADE DAS  
ADOLESCENTES ATENDIDAS NA UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO SACO  
GRANDE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como  
requisito parcial para obtenção do título de Bacharel  
em Serviço Social, Departamento de Serviço Social,  
Universidade Federal de Santa Catarina.

**Orientadora: Professora MSc. Cleide Gessele**

**FLORIANÓPOLIS – SC**

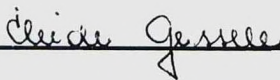
**2008/1**

**GRAZIELA DA SILVA**

**ALGUMAS CONSIDERAÇÕES SOBRE A GRAVIDEZ/MATERNIDADE DAS  
ADOLESCENTES ATENDIDAS NA UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO SACO  
GRANDE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social, Departamento de Serviço Social, Universidade Federal de Santa Catarina.

**BANCA EXAMINADORA:**



---

**ORIENTADORA**

**Profª MSc. Cleide Gessele** – Universidade Federal de Santa Catarina



---

**1ª Examinadora**

**Profª MSc. Naldir da Silva Alexandre**  
Profª Departamento de Serviço Social – UFSC



---

**2ª Examinadora**

**Viviana Abreu Derner**  
Secretária Municipal de Saúde de Santo Amaro da Imperatriz

**Florianópolis, agosto de 2008.**

Dedico este trabalho, de maneira especial a minha família, Pedro, Ângela, Leandro e Carlos, que sempre me apoiaram e acreditaram no meu potencial, estando sempre presente em todos os momentos desses anos de estudos, me incentivando e dando forças para que eu pudesse chegar até aqui.  
*Amo vocês!!*



*“.... Você aprende,  
Depois de algum tempo você aprende, que o tempo  
não é algo que pode voltar para trás, portanto,  
plante seu jardim e decore sua alma ao invés de  
esperar que alguém lhe traga flores.  
E você aprende que realmente pode suportar. Que  
realmente é forte e que pode ir muito mais longe,  
depois de pensar que não pode mais.  
E que realmente a vida tem valor e que você tem  
valor diante da vida.  
Nossas dádivas são traidoras e nos fazem perder o  
bem que poderíamos conquistar se não fosse o medo  
de tentar”*

**Willian Shakespeare**

## AGRADECIMENTOS

*O valor das coisas não está no tempo que elas duram, mas na intensidade com que acontecem. Por isso existem momentos inesquecíveis, coisas inexplicáveis e **pessoas incomparáveis**.*

*Fernando Pessoa*

Primeiramente, agradeço ao meu **Deus**, que com seu amor infinito, me proporcionou sabedoria e paciência, renovou minhas forças quando estava fraca e desanimada e fez-me acreditar que “Tudo é Possível ao que Crê”.

Aos meus pais, **Pedro e Ângela**, pela enorme dedicação, pelo amor, apoio e preocupação que tiveram comigo durante toda a minha vida. Sou o que sou graças aos seus ensinamentos!

Aos meus irmãos **Leandro e Carlos** pela união, carinho, amizade e companheirismo, mas em especial pelo estímulo constante durante esta caminhada. Obrigada pelos fortes abraços e por serem tudo o que precisava nos momentos de solidão e também de angustias.

Ao meu grande e eterno amigo **Hederson**, que mesmo distante acompanhou toda a minha trajetória durante a confecção deste trabalho. Obrigada, mesmo longe, você me fez rir quando na verdade queria chorar. Anjo, obrigada pelo incentivo e pelas palavras de encorajamento durante todo esse tempo. Simplesmente Te Amo!!

A minha amada tia **Maria Hans**, que muitas vezes ouviu minhas angustias e esteve do meu lado, orando e clamando por mim. Obrigada tia, pelas orações e pelas palavras de conforto e incentivo.

Ao meu amigo **Leonardo**, que me apoiou no início, quando ainda tinha dúvidas de que curso prestar para o vestibular. Obrigada por acalmar meu choro e me incentivar a seguir meu coração e a minha vontade. Valeu.

As minhas avós *Margarida e Rosa*, pelo exemplo de perseverança e fé.

Aos meus tios *Antonio e Claudete* por me adotarem como filha, incentivando-me na caminhada rumo a uma formação acadêmica.

A minha amiga e irmã *Aline Simas* (Luly), pelo apoio, carinho e amizade. Sou muito grata pela sua dedicação enquanto amiga, pois com ela aprendi o valor de uma **GRANDE AMIZADE!**

À orientadora *Cleide*, que me orientou e auxiliou-me a chegar até aqui. Obrigada pela dedicação, paciência, doçura e empenho demonstrado durante a realização deste trabalho.

À minha supervisora de campo, *Andréia Sandri* exemplo de comprometimento ético com a profissão. Muito obrigada pelos conhecimentos proporcionados.

Às Assistentes Sociais *Maria Fernanda e Débora*, pelos momentos compartilhados, pela amizade, carinho, dedicação e ensinamento em meu processo de formação.

Ao meu pastor, amigo e irmão, *Celso Machado*, que conseguiu fazer de mim uma águia, capaz de voar alto, sonhar sem limites, sem fronteiras. Tudo o que é gestado no coração, um dia se torna realidade. Muito Obrigada!

As minhas *colegas de curso*, com quem tive o prazer de conviver durante esses anos: que saibamos guardar pelos caminhos que a vida profissional nos reserva uma lembrança de todos.

Aos profissionais da *Unidade Local de Saúde do Saco Grande*, que durante essa desafiadora caminhada fizeram parte, direta ou indiretamente do meu processo de formação acadêmica. Meu muito Obrigada!!

Às profissionais que compuseram a banca examinadora deste trabalho, *Naldir e Viviana*, obrigada por fazer parte da construção deste trabalho.



As minhas companheiras de trabalho *Cristina, Alair e Neusa*, que foram tão pacientes e compreenderam minhas ausências, meu mau-humor, meu cansaço e agora compartilham a honra de defender esse trabalho.

A vocês, *Elaine Cristina, Tathiana, Daniela* e todas as pessoas que passaram e deixaram rastros de alegria em minha vida!

***MUITO OBRIGADA!***

## SUMÁRIO

<b>LISTA DE FIGURAS.....</b>	<b>x</b>
<b>LISTA DE ILUSTRAÇÕES.....</b>	<b>xi</b>
<b>RESUMO.....</b>	<b>xii</b>
<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>1</b>
<b>SEÇÃO I.....</b>	<b>3</b>
<b>UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO SACO GRANDE: LÓCUS DA EXPERIÊNCIA DE ESTÁGIO.....</b>	<b>3</b>
<b>1.1 CARACTERIZAÇÃO DA REDE DOCENTE ASSISTENCIAL.....</b>	<b>3</b>
1.1.1 O Serviço Social na Rede Docente Assistencial.....	5
<b>1.2 UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO SACO GRANDE.....</b>	<b>6</b>
1.2.1 O Serviço Social na Unidade Local de Saúde do Saco Grande.....	8
1.2.2 As Atividades desenvolvidas no Estágio de Serviço Social.....	11
<b>SEÇÃO II.....</b>	<b>17</b>
<b>A MATERNIDADE NA ADOLESCÊNCIA NO CENÁRIO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS.....</b>	<b>17</b>
<b>2.1 (RE) PENSANDO AS FAMÍLIAS.....</b>	<b>17</b>
<b>2.2 GRAVIDEZ E MATERNIDADE NA ADOLESCÊNCIA: DIFERENTES SIGNIFICADOS.....</b>	<b>20</b>
<b>2.3 SERVIÇOS DE SAÚDE PÚBLICA: (RE) SIGNIFICAR OS PROGRAMAS PARA ADOLESCENTES GRÁVIDAS.....</b>	<b>26</b>
<b>SEÇÃO III.....</b>	<b>31</b>
<b>DESVELANDO O UNIVERSO DAS MÃES ADOLESCENTES.....</b>	<b>31</b>
<b>3.1 CONSIDERAÇÕES SOBRE OS PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....</b>	<b>31</b>
3.1.1 Os Sujeitos da Pesquisa.....	32
<b>3.2 CONHECENDO AS MÃES ADOLESCENTES.....</b>	<b>33</b>
3.2.1 Idade das Mães Adolescentes.....	33
3.2.2 Idade dos Pais dos Bebês.....	34
3.2.3 Escolaridade das Mães Adolescentes.....	36

3.2.4 Idade da Menarca..... 37

3.2.5 Idade da Primeira Relação Sexual..... 38

3.2.6 Método Contraceptivo Utilizado..... 40

3.2.7 Gravidez Planejada e Não Planejada..... 41

**CONSIDERAÇÕES FINAIS..... 43**

**REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... 46**

**ANEXOS..... 50**

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Mapa de Localização.....	7
Figura 2 – Organograma.....	7



**LISTA DE ILUSTRAÇÕES**

Gráfico 1 - Idade das Mães Adolescentes..... 33

Gráfico 2 - Idade dos Pais dos Bebês..... 34

Gráfico 3 - Escolaridade das Mães Adolescentes..... 36

Gráfico 4 - Idade da Menarca..... 38

Gráfico 5 - Idade da Primeira Relação Sexual..... 39

Gráfico 6 - Método Contraceptivo Utilizado..... 40

Gráfico 7 - Gravidez Planejada e Não Planejada..... 41

## RESUMO

Este trabalho de Conclusão de Curso objetiva abordar a temática da gravidez/maternidade na adolescência, bem como sua rede de apoio. É realizado um resgate da família na contemporaneidade, bem como a conceituação da adolescência, suas características e manifestações ocorridas durante a adolescência e discorridas sobre as políticas públicas de saúde e juventude. A pesquisa empírica foi realizada na Unidade Local de Saúde do Saco Grande, via Rede Docente Assistencial, onde através da pesquisa documental foi possível conhecer o perfil das adolescentes atendidas na Unidade, bem como sua rede de apoio. Aborda-se a importância de políticas públicas efetivas que tenham como objetivo principal a orientação sexual aos adolescentes e a facilitação do acesso às mesmas, agindo no intuito da atenção anterior a gravidez precoce.

**Palavras Chaves:** adolescência, gravidez/maternidade precoce, rede de apoio, Políticas Públicas.

## INTRODUÇÃO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso objetiva discutir a questão da gravidez, tendo como objeto de estudo a maternidade na adolescência.

O interesse pelo tema surgiu no decorrer da realização do Estágio Curricular Obrigatório de Serviço Social desenvolvido na Unidade Local de Saúde do Saco Grande, através da Rede Docente Assistencial, no período entre julho de 2007 a julho de 2008.

Diante disso não visa esgotar o assunto, mas estimular o aprofundamento das reflexões sobre um assunto polêmico como este, pois, apesar da sua relevância, pouco se tem discutido a respeito da maternidade na adolescência no contexto das Políticas Públicas.

Na primeira seção intitulada “Unidade Local de Saúde do Saco Grande: Lócus da Experiência de Estágio” abordaremos, através de aspectos históricos, embora de forma rápida e objetiva, como aconteceu o convênio entre Prefeitura Municipal de Florianópolis via Secretária Municipal de Saúde de Florianópolis e Universidade Federal de Santa Catarina.

Ainda na primeira seção faremos, de forma minuciosa, a descrição de como se deu a inserção do Serviço Social na Rede Docente Assistencial, bem como apresentaremos a Unidade Local de Saúde e as ações desenvolvidas pelo Serviço Social que visam à promoção e proteção à saúde e a intervenção profissional voltada para a resolução de problemas no nível de atenção básica.

Para finalizar a primeira seção, destacaremos o relato e análise da experiência de estágio supervisionado desenvolvida nos três eixos de intervenção, bem como surgiu o interesse pela pesquisa ora apresentada.

Na segunda seção, intitulada “A Maternidade na Adolescência no cenário das Políticas Públicas”, trataremos teoricamente a questão da família na contemporaneidade e suas peculiaridades, bem como a conceituação, características e manifestações ocorridas durante a adolescência. Ainda nesta seção, abordaremos a maternidade na adolescência em seus

diferentes significados e os serviços de saúde pública voltados para adolescentes, em especial, as adolescentes grávidas.

Na terceira seção, “Desvelando o universo das Mães Adolescentes”, apresentaremos à análise dos dados obtidos, com a finalidade de responder a problemática que estimulou a composição dessa pesquisa.

Para finalizar, teceremos algumas considerações finais acerca do discutido até então, apresentaremos as referências bibliográficas e anexos.



## SEÇÃO I

### UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO SACO GRANDE: LÓCUS DA EXPERIÊNCIA DE ESTÁGIO

#### 1.1 CARACTERIZAÇÃO DA REDE DOCENTE ASSISTENCIAL

A Rede Docente Assistencial surgiu a partir do Programa de Articulação Docente Assistencial que foi constituído em maio de 1997. Trata-se de um convênio entre a Prefeitura Municipal de Florianópolis via Secretaria de Saúde e a Universidade Federal de Santa Catarina. Tem por finalidade contemplar a disposição da Constituição Federal de 1988, que prevê como competência do Sistema Único de Saúde a formação de recursos humanos para os serviços públicos de saúde, e construir uma estratégia interdisciplinar na formação dos profissionais de saúde, ampliando a articulação entre teoria e prática, diversificando os lugares de ensino-aprendizagem e superando o modelo biomédico hegemônico (MARTINI, 2006).

De acordo com Domingues (2007), este processo é explicado pelo fato de as partes envolvidas, terem o entendimento de que o formato de “programa”, não expressaria mais a dimensão tomada pela articulação Universidade/Sistema Único de Saúde, sendo a terminologia “rede” mais apropriada.

A Rede Docente Assistencial é um espaço de articulação institucional que tem como meta subsidiar a formação e capacitação de profissionais no âmbito da saúde. Esta iniciativa é fruto de diversas experiências que vinham sendo implementadas tanto pelo Ministério da Saúde quanto pelos profissionais de saúde na busca de concretizar os princípios do SUS estabelecidos na Constituição Federal de 1988 e nas Leis que o regulamentaram posteriormente, entre elas a Lei Orgânica da Saúde conformada pelas Leis 8.080/90 e 8.142/90 (DOMINGUES, 2007).

A Rede Docente Assistencial integra estudantes, professores e profissionais de saúde em um processo de ensino-aprendizagem, realizado no âmbito do sistema público de saúde,



sendo as Unidades Locais de Saúde e o Hospital Universitário, as unidades de referência para desenvolvimento das atividades e ações que buscam aproximar os alunos do exercício profissional.

Segundo Martins (2006), a Rede Docente Assistencial tem como propósito, também, construir uma estratégia interdisciplinar, na formação de profissionais de saúde que, amplie a articulação entre teoria e prática. E para isso, objetiva desenvolver programas curriculares e extracurriculares, de formação e capacitação permanente de recursos humanos, de acordo com as diretrizes do Sistema Único de Saúde.

Assim, a Rede Docente Assistencial articula, em nível de graduação, os cursos de medicina, enfermagem, serviço social, psicologia, nutrição, odontologia e farmácia, e em nível de Pós-Graduação, o Programa de Residência Integrada de Saúde.

A gestão da Rede Docente Assistencial se realiza através de um colegiado técnico-consultivo, que tem a função de coordenação, e de um Conselho Gestor com características político-gerenciais. Ambas as instâncias são conformadas por representantes das instituições envolvidas e visam, por meio da co-gestão, prover a viabilização física, financeira e material da Rede Docente Assistencial. A organização geral da rede é apoiada administrativamente por uma secretaria executiva, com recursos humanos e materiais providos pelas instituições.

De acordo com o Regimento Interno (Anexo 01), a Rede Docente Assistencial tem por finalidade promover a integração ensino, pesquisa e extensão, serviço e comunidade, favorecendo a ampliação da atenção à saúde de qualidade, e propiciando a formação dos profissionais da saúde voltada para os princípios do Sistema Único de Saúde.

Os cursos envolvidos na Rede Docente Assistencial e seus respectivos departamentos abrangem as atividades das unidades de saúde, na perspectiva de fortalecer a concepção ampliada de saúde, a qual pressupõe que o estado de saúde do indivíduo está diretamente relacionado à forma como o conjunto de fatores ambientais, sociais, econômicos, culturais e próprios do indivíduo interagem (DOMINGUES, 2007).

Sob essa ótica, a saúde deixa de ser concebida apenas como ausência de doença e passa a ser compreendida como expressão da qualidade de vida. Os estudantes e profissionais



de saúde, nesse sentido, são impelidos a atuar não só na recuperação, mas também na promoção e proteção da saúde.

A seguir abordaremos a inserção do Serviço Social na Rede Docente Assistencial.

### 1.1.1 O Serviço Social na Rede Docente Assistencial

Conforme aponta Domingues (2007), o Curso de Serviço Social, em específico, inseriu-se na Rede Docente Assistencial no ano de 2000, momento de instauração de uma nova proposta curricular, que privilegiou a dimensão interventiva da profissão articulada, aos níveis de competência ético-política, teórico-metodológica, técnico-operativa e investigativa.

Atualmente, o Curso de Serviço Social participa na Rede Docente Assistencial através das disciplinas: Processos de Trabalho em Serviço Social, Movimentos Sociais e Conselhos de Direito (4º fase); Processo de Trabalho do Assistente Social em Organizações e Instituições (5º fase); Processo de Trabalho do Serviço Social com Famílias e Segmentos Sociais Vulneráveis (6º fase) e Estágio Curricular Obrigatório. No nível da pós-graduação, a Modalidade Residência também insere profissionais de Serviço Social na Rede Docente Assistencial, através dos cursos de Especialização Multiprofissional em Saúde da Família e Especialização Multiprofissional em Saúde da Família Modalidade Residência.

Em se tratando do Estágio Curricular Obrigatório, a viabilização do mesmo, ocorre via articulação com o Programa de Residência Integrada em Saúde da Família, uma vez que o quadro de profissionais das equipes da Atenção Básica não conta com Assistentes Sociais.

Desta forma, o espaço para o desenvolvimento das atividades de estágio são as Unidades Locais de Saúde do Saco Grande e Monte Cristo, locais onde são realizadas as atividades de campo dos profissionais residentes. A dinâmica de atividades ocorre no âmbito da equipe interdisciplinar e vincula-se diretamente às Assistentes Sociais residentes, ficando a supervisão de campo sob a responsabilidade da Assistente Social Tutora da Residência.

Os objetivos do Serviço Social na Rede Docente Assistencial são: desenvolver a integração do Curso de Serviço Social, por meio da graduação e pós-graduação, com



instituições públicas responsáveis pela prestação de serviços de saúde à população, visando a articulação entre teoria-prática num contexto multiprofissional; contribuir para a implementação da concepção da política pública como direito, buscando a melhoria na qualidade dos serviços e ampliação das práticas democráticas participativas, utilizando-se para isso de ações político-organizativas, sócio-assistenciais e de planejamento e gestão e contribuir para que o campo de atuação acadêmica e profissional seja espaço privilegiado para a produção de conhecimento em Serviço Social e para a promoção do trabalho interdisciplinar.

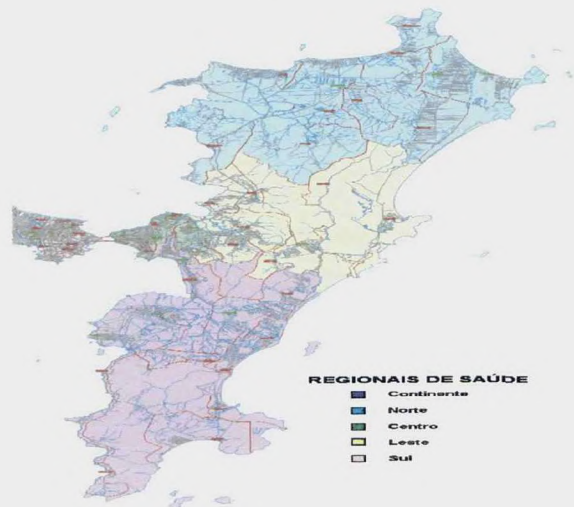
Considerando que a experiência de estágio em Serviço Social desenvolveu-se na Unidade Local de Saúde do Saco Grande, optamos por explicitá-la de modo aprofundado, como destacaremos a seguir.

## **1.2 UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO SACO GRANDE**

As Unidades Locais de Saúde são consideradas a porta de entrada do Sistema Único de Saúde. As Unidades Locais de Saúde fazem parte da atenção básica de saúde, o que, em outras palavras, significa que elas são o primeiro nível de atenção. Todas as Unidades Locais de Saúde tem como missão atender aos princípios do Sistema Único de Saúde e universalizar o acesso dos serviços oferecidos por este Sistema a toda população, dentro da sua competência.

A Unidade Local de Saúde do Saco Grande está localizada na Rodovia Virgílio Várzea, s/nº, região periférica do Município de Florianópolis/ SC, inserida na regional Leste, o qual compreende, além desta, as unidades da Barra da Lagoa, Canto da Lagoa, Costa da Lagoa, Córrego Grande, Itacorubi, João Paulo, Lagoa da Conceição e Pantanal.

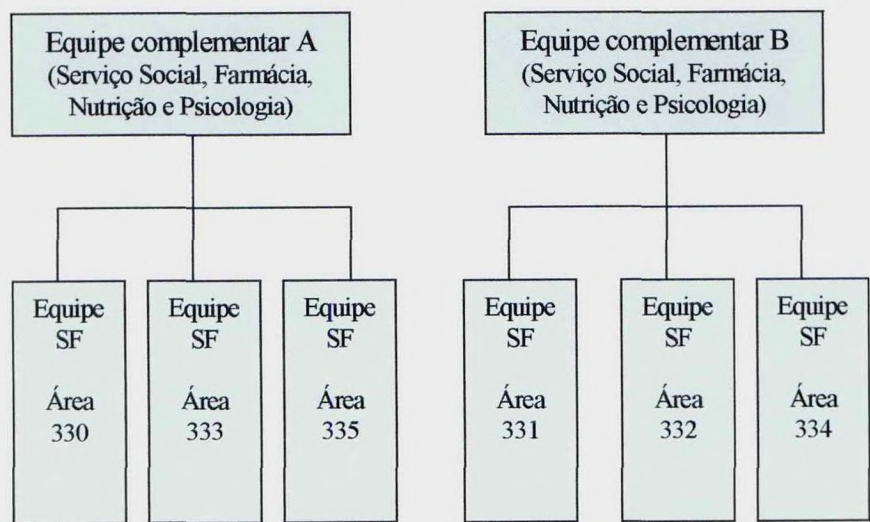
Na ilustração abaixo (figura 1) é possível observar a localização da regional Leste no município de Florianópolis (cor amarela).



Fonte: Domingues (2007) - Relatório Final de Estágio Curricular Obrigatório

A região de abrangência da Unidade está dividida em seis áreas identificadas como 330, 331, 332, 333, 334 e 335. Cada área é de responsabilidade de uma equipe básica de Saúde da Família, composta por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem, cirurgião dentista, auxiliar de consultório dentário ou técnico em higiene dental e Agentes Comunitários de Saúde. Atualmente, pela inserção da Rede Docente Assistencial, cada área também possui uma equipe de residentes, chamadas de equipes complementares, composta por assistentes sociais, nutricionistas, farmacêuticos e psicólogos. Ao todo são duas equipes complementares que atendem três áreas cada uma delas, conforme podemos observar no esquema abaixo:

Figura 2



Fonte: Domingues (2007) - Relatório Final de Estágio Curricular Obrigatório



Vale ressaltar que o trabalho em saúde desenvolvido por estas equipes ocorre de acordo com a realidade local, através de uma prática humanizada, associada à competência técnica e a postura ética, fundamentando-se na interdisciplinaridade, na intersectorialidade e na integralidade.

De acordo com Domingues (2007), o fluxograma e o organograma da Unidade estão sendo reformulados mediante proposta do próprio quadro de profissionais. Diante disto, foi instituído um Colegiado que objetiva ser um canal de comunicação entre as equipes das 6 (seis) áreas, de modo a viabilizar o planejamento e, assim, democratizar a gestão de recursos.

É atribuição do Colegiado planejar, comunicar e deliberar sobre problemas, propostas e alternativas tanto no que diz respeito à administração e organização interna, quanto aos serviços de saúde desenvolvidos na área de abrangência da unidade. As reuniões acontecem semanalmente e, além da representação dos técnicos (profissionais contratados, tutores e residentes), contam com a presença de representantes dos funcionários do setor administrativo e do setor da limpeza.

Diante do exposto, Domingues (2007) aponta que apesar dessas mudanças conterem aspectos positivos à medida que tende a descentralizar as decisões que antes eram tomados exclusivamente pela coordenação da unidade, alguns caminhos institucionais ficam indefinidos durante o processo de implementação desse novo modelo de gestão como a aprovação de novos projetos e propostas de intervenção.

Será abordado, no item a seguir, a atuação do Serviço Social na Unidade Local de Saúde do Saco Grande.

### 1.2.1 O Serviço Social na Unidade Local de Saúde do Saco Grande

O Serviço Social está inserido em diferentes projetos que atualmente estão em andamento na Unidade Local de Saúde. Dentre os projetos que são executados em conjunto com as equipes complementares, podemos destacar: Projeto de Educação e Cidadania voltado

para os adolescentes de 5ª a 6ª série da Escola Estadual Laura Lima e o Projeto dos Adolescentes<sup>1</sup>.

Quanto aos projetos executados pelos profissionais de Serviço Social podemos situar: Projeto de Assessoria ao Conselho Local de Saúde e Projeto dos Direitos dos Trabalhadores.

O Serviço Social também participa do planejamento e reuniões dos grupos que funcionam na Unidade, são eles:

- Grupo Hora de Comer;
- Grupo de Planejamento Familiar (Orientações acerca de métodos contraceptivos podendo habilitar os usuários interessados a realizarem laqueadura ou vasectomia);
- Grupo de Cuidadores (apoio e orientação aos cuidadores);
- Grupo Viva Vida (constituído por pessoas portadores de Diabetes e Hipertensão);
- Grupo de Gestantes;
- Grupo Saúde na Comunidade (promoção de saúde).

Outras atividades realizadas pela equipe de Serviço Social na rotina institucional:

- Acompanhamento de famílias (atendimentos individuais e familiares, visitas domiciliares);
- atendimentos agendados (atendimentos realizados na UBS);
- Interconsultas<sup>2</sup>;
- Acolhimento<sup>3</sup>;
- Elaboração de relatórios e pareceres.

---

<sup>1</sup> Projeto em fase de elaboração que tem como objetivo construir e desenvolver, junto aos profissionais das áreas 330, 333, 335, ações que visem a promoção de saúde de adolescentes residentes neste território de abrangência do Centro de Saúde do Saco Grande, em Florianópolis-SC, a fim de reduzir a vulnerabilidade deste grupo aos agravos de saúde.

<sup>2</sup> Consultas realizadas com a presença de dois ou mais profissionais de diferentes áreas. A demanda destas consultas surge quando os profissionais da ULS sentem a necessidade de apoio interdisciplinar em determinadas consultas.

<sup>3</sup> Esta modalidade de atendimento é parte da política de humanização do SUS e segundo o Ministério da Saúde consiste na recepção do usuário, desde sua chegada, reponsabilizando-se integralmente por ele, ouvindo sua queixa, permitindo que ele expresse suas preocupações, angustias, e ao mesmo tempo, colocando os limites necessários, garantindo atenção resolutiva e a articulação com os outros serviços de saúde para dar a continuidade da assistência, quando necessário. (BRASIL, 2006).



O público alvo destas atividades são as famílias usuárias do Sistema Único de Saúde residentes no Complexo Saco Grande.

Em conjunto com os demais profissionais e/ou comunidade, a equipe participa das seguintes reuniões:

- Reunião de área (semanalmente);
- Reunião das equipes complementares (semanalmente);
- Reunião do Colegiado da Unidade (semanalmente);
- Reunião geral de planejamento da Unidade (todas as últimas 5ª feiras de cada mês);
- Reunião do Conselho Local de Saúde (mensalmente);
- Reunião do Fórum Social do Saco Grande (mensalmente);

O Serviço Social tem a obrigatoriedade de registrar todos os atendimentos efetuados no Sistema denominado InfoSaúde<sup>4</sup> com o propósito de dar visibilidade às ações do Serviço Social, como também registrar os atendimentos e as ações no boletim de atendimento do Serviço Social. Cabe aqui salientar que o cadastro manual tem sido utilizado em poucas ocasiões, geralmente quando as informações são altamente sigilosas.

Ao final de cada mês, é realizado o levantamento e construído o relatório do processo de trabalho do Serviço Social. O fluxograma de acesso aos atendimentos sofreu alterações, estando hoje em processo de reconstrução. Os usuários chegam ao Serviço Social através do acolhimento ou de encaminhamento de outros profissionais sendo que em ambos os casos devem ser feito o agendamento através do InfoSaúde.

No entanto, conforme aponta Domingues (2007), os usuários continuam chegando ao Serviço Social de forma aleatória, sem agendamento ou aviso prévio pelos demais profissionais da unidade, ou ainda por iniciativa própria. Nesses casos as profissionais de Serviço Social têm assumido a postura de atendê-los conforme a gravidade da demanda, de modo que aqueles cuja demanda é passível de ser atendida, posteriormente, são encaminhados para a recepção a fim de que agendem data e hora para atendimento.

---

<sup>4</sup> Sistema informatizado que disponibiliza e controla a agenda dos profissionais da ULS e o prontuário dos usuários do município; também auxilia na emissão de declarações, atestados, receitas e outros documentos.



Diante do exposto, apresentaremos, no item a seguir, as ações desenvolvidas durante o período de Estágio realizado na Unidade Local de Saúde do Saco Grande.

### 1.2.2 As Atividades desenvolvidas no Estágio de Serviço Social

Nossa experiência de Estágio Supervisionado em Serviço Social se deu na Unidade Local de Saúde do Saco Grande, no período entre agosto de 2007 a julho de 2008. No decorrer dos primeiros meses de intervenção, identificamos as demandas e realizamos o planejamento das ações, sendo que este contribuiu para realizarmos a leitura do contexto de intervenção e, a partir de então, realizamos, com o auxílio das profissionais, os atendimentos sociais, as visitas domiciliares, as orientações e os encaminhamentos.

O instrumental técnico operativo mais utilizado durante o período de estágio foi de fato os atendimentos sociais e as visitas domiciliares as famílias em situação de vulnerabilidade social.

Durante o período de Estágio Obrigatório I foram desenvolvidas ações nos três eixos de intervenção proposto por Miotto (2001), que estão dialeticamente articulados e ancorados na dimensão investigativa. Sendo que, participamos com maior ênfase nos eixos do Processo de Planejamento e Gestão e no Processo Sócio-Assistencial.

Processos Político-Organizativos, na intervenção em Processos Políticos Organizativos as ações profissionais têm como foco principal a participação social sob a lógica da pluralidade e da cidadania, voltada para o fortalecimento da sociedade civil. Neste processo são desenvolvidas ações de assessoria e mobilização, realizadas através de diferentes abordagens como a grupal, a individual e a coletiva (LIMA, 2004). As atividades desenvolvidas no âmbito deste eixo relacionaram-se a algumas de nossas participações nas reuniões da Associação dos Moradores do Parque da Figueira, Conselho Local de Saúde e Fórum Social do Saco Grande, que tinham como objetivo a abertura da Associação, o Diagnóstico de Saúde do Bairro Saco Grande e o repasse dos Orçamentos para o bairro em 2008, respectivamente.



Processos de Planejamento e Gestão, a intervenção em Processos de Planejamento e Gestão se desenvolve através de assessoria e consultoria às instituições e o desenvolvimento de ações voltadas para gestão de serviços, programas e projetos, construção de indicadores, capacitação e gestão de recursos humanos e gestão de informação (LIMA, 2004). As atividades desenvolvidas no âmbito deste eixo relacionaram-se a participação nas reuniões de área e nas reuniões de planejamento geral da unidade. As reuniões de área abrangeram diretamente a gestão dos serviços de saúde prestados pela unidade, tendo em vista, que realiza o planejamento de grupos, ações e atendimentos. Os profissionais integrantes da equipe básica, da equipe complementar e os Agentes Comunitários de Saúde compartilham com o grupo os casos considerados mais complexos. Uma vez que as situações familiares vão sendo colocadas, discutem-se em conjunto determinadas estratégias para dar respostas às demandas. A partir disto, os profissionais fazem encaminhamentos de uns para os outros, propõe interconsultas, inserção em grupos e visitas domiciliares. A definição de quais profissionais irão realizar a visita ocorre na hora da discussão, dependendo muito do envolvimento destes com a situação e da particularidade do caso. Estas discussões são as que possibilitam a efetivação da interdisciplinaridade, sendo, por isto, extremamente enriquecedoras para o processo de formação das estagiárias. Assim, como as reuniões do Conselho Local de Saúde e do Fórum Social, estas reuniões são espaços privilegiados para a identificação de demandas não somente individuais, mas também coletivas. São principalmente a partir destas últimas, que são pensadas ações voltadas para a prevenção e promoção da saúde.

É importante ressaltar que as reuniões de planejamento da equipe de Serviço Social também foi uma das atividades de estágio. Nestas, foram discutidos e planejados os projetos desenvolvidos pela equipe, além de serem feitos a socialização das atividades da tutora e residentes (projetos, participação em reuniões e eventos, etc.), isto é, a supervisão local das estagiárias, os encaminhamentos relacionados à articulação com as disciplinas do curso de Serviço Social que fazem parte da Rede Docente Assistencial, as reflexões teóricas propostas a partir das demandas postas e as definições e encaminhamentos de rotina.

Processos Sócio-Assistencial, a intervenção está orientada para a intervenção direta com os usuários, especialmente com famílias e segmentos sociais vulneráveis. As ações acontecem privilegiadamente no contexto institucional. O objetivo é contribuir para que, junto com os usuários, se consiga responder às necessidades colocadas na perspectiva da cidadania



e dos direitos (LIMA, 2004). Integram este processo quatro categorias de ações: periciais sócio-emergenciais, sócio-terapêuticas e sócio-educativas.

Ações periciais são definidas como ações que têm por objetivo elaborar parecer social que, por sua vez, subsidiará a decisão de órgãos ou profissionais para a concessão de equipamentos, benefícios, prestação de serviços, bem como processos de referência e contra-referência, como, por exemplo, as decisões judiciais.

Ações sócio-emergenciais são ações desenvolvidas no sentido de atender às demandas que se revestem por um caráter emergencial que estão, por sua vez, relacionadas às necessidades básicas e de urgência das famílias (LIMA, 2004).

As ações desenvolvidas neste eixo no decorrer do estágio, referem-se ao acompanhamento das famílias e segmentos sociais em situação de vulnerabilidade social, residentes da área 333, que trazem espontaneamente suas demandas ao Serviço Social ou aqueles encaminhados pelos outros profissionais que atuam na Unidade Local de Saúde do Bairro Saco Grande, inclusive dos Agentes Comunitários de Saúde.

Nos atendimentos, buscamos identificar as razões das dificuldades familiares, as possibilidades de mudança e os recursos familiares e institucionais que contribuam para que as famílias consigam articular resposta compatível com uma melhor qualidade de vida.

Ações sócio-terapêuticas são aquelas ações desenvolvidas diante de situações de sofrimento individual e/ou grupal. Estão voltadas para as situações sintomáticas que se manifestam através dos membros das famílias particularmente em questões críticas (são exemplos: dependência química, alcoolismo, doenças mentais e físicas) e das relações destrutivas que esses membros estabelecem entre si, ou com a sociedade (atos infracionais, por exemplo). (LIMA, 2004).

Ações sócio-educativas constituem em um movimento de reflexão entre profissionais e usuários que através da informação e do diálogo buscam alternativas e resolutividade para as demandas/necessidades do usuário, tornando transparentes as estruturas dos serviços, o alcance dos direitos, das políticas sociais e os meios e as condições de acesso. A lógica da



ação reside no usuário enquanto sujeito, visando a sua autonomia para estabelecer a forma de alterar a situação que vivencia (LIMA, 2004).

Dentre as atividades de estágio, as que proporcionaram este tipo de interação com os usuários foram principalmente às reuniões de Planejamento Familiar, no qual participamos observando, organizando e assessorando a Assistente Social residente responsável pela coordenação do grupo.

O planejamento familiar consiste em um conjunto de ações em que são oferecidos todos os recursos, tanto para auxiliar a ter filhos, ou seja, recursos para a concepção, quanto para prevenir uma gravidez indesejada, ou seja, recursos para a anticoncepção. Esses recursos devem ser cientificamente aceitos e não colocar em risco a vida e a saúde das pessoas, com garantia da liberdade de escolha (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Na Unidade Local de Saúde as reuniões do Grupo de Planejamento Familiar acontecem de 15 em 15 dias e contam com uma equipe composta por assistente social, farmacêutico, enfermeira e médica, no qual compete a cada um explicar sobre um tema específico, ficando sobre a responsabilidade da Assistente social a coordenação do grupo, bem como, a problematização das questões legais para a realização dos métodos definitivos.

Cabe aqui destacar que os participantes, na sua maioria, são encaminhados pelos profissionais da Unidade Local de Saúde ou que voluntariamente se inscrevem para participar do grupo.

As reuniões têm como objetivo o esclarecimento e o estímulo ao planejamento familiar, bem como a distribuição de material educativo sobre os diferentes métodos de contracepção.

Ao final de cada reunião, cada participante responde a um questionário que tem por objetivo observar a compreensão destes em relação aos temas expostos, bem como, as críticas que possam surgir que proporcionarão a re-avaliação da equipe, e identificar os métodos mais utilizados pelos usuários participantes que não quiserem se expor verbalmente (DUARTE, 2007).



Uma das atividades realizadas foi o copilamento dos dados das avaliações realizadas no período de fevereiro a novembro de 2007 que contribuiu para dar visibilidade à equipe.

Ainda dentro deste eixo, participamos da elaboração das “Oficinas sobre Direitos Sociais dos Trabalhadores” que tem como objetivo instrumentalizar os profissionais da Unidade Local de Saúde do Saco Grande sobre os direitos sociais dos trabalhadores, com o intuito de ampliar o acesso dessas informações aos usuários do SUS. O referido projeto foi elaborado pela equipe do Serviço Social da Unidade Local de Saúde do Saco Grande a partir da demanda trazida pelos profissionais e percepções dos Assistentes Sociais nas interconsultas.

Cabe aqui ressaltar que também participamos da elaboração da Oficina sobre Direito dos Idosos, ministrado na reunião do Grupo Viva Vida, constituído por pessoas portadoras de Diabetes e Hipertensão da Unidade Local de Saúde do Saco Grande.

Frente ao que já descrevemos, no decorrer do período de estágio, chegou ao Serviço Social, através de outros profissionais da saúde, a crescente demanda de adolescentes grávidas em uma das áreas de abrangência da Unidade Local de Saúde. A partir desta demanda começaram a surgir alguns questionamentos quanto à rede de apoio<sup>5</sup> que existia para essas adolescentes na comunidade onde elas moravam após elas ganharem o bebê. Desta forma, surgiu o interesse em aprofundar o estudo sobre a gravidez na adolescência, pois, conforme salienta Ribeiro e Uhlig (2003, pg. 31), “vem sendo considerada como uma epidemia do final do século passado e início deste o que demanda a efetivação de Políticas Públicas diversas dirigidas às necessidades desta população”.

Diante do exposto e considerando a relevância deste tema é que questionamos: A quem as adolescentes buscam apoio quando se deparam com a gravidez precoce? Qual o suporte que recebem durante e após a gestação? Quais as redes de apoio com quem podem contar? Estas redes são eficazes? E mais: O suporte social e familiar tem sido considerado um

---

<sup>5</sup> De acordo com Maciel (1999) já algum tempo o termo Rede vem sendo utilizado e seu significado vem, através dos tempos, sofrendo alterações. Assim, fala-se em rede enquanto cadeia, referindo-se ao conjunto de serviços similares, de objetivos comuns que em geral se relacionam de forma subordinada a uma organização central. Numa relação menos hierarquizada e mais horizontalizada. A gestão de serviços públicos dentro deste conceito facilita que a Assistência Social chegue a população com qualidade e como direito. Não podemos desconhecer a íntima relação que o conceito Rede tem hoje com o desenvolvimento tecnológico e econômico que nos desafia a cada dia a pensar no futuro sem perder as perspectivas no aqui e no agora nos desafiando a respostas que consistem principalmente os segmentos mais fragilizados frente aos ditames do capital.

fator decisivo para o encaminhamento das ações de saúde da Unidade Local de Saúde do Saco Grande?

Poderíamos levantar, ainda, muitas questões, porém, no momento esperamos responder aos questionamentos expressos acima, e mesmo que não seja possível nos limites deste trabalho, fica aqui o desafio para novos questionamentos e, quem sabe, novos trabalhos acerca desta temática.

O desafio de aprofundar a compreensão sobre o universo das mães adolescentes, nos estimula a entender os novos arranjos familiares para que em seguida possamos aprofundar a gravidez e a maternidade na adolescência, bem como, discutirmos as Políticas Públicas de Saúde e as Políticas Públicas voltadas para a juventude.



## SEÇÃO II

### A MATERNIDADE NA ADOLESCÊNCIA NO CENÁRIO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS

#### 2.1 (RE) PENSANDO AS FAMÍLIAS

Na atualidade, conforme aponta Miotto (1997), dentro da concepção família, não se pode falar de família e sim famílias, respeitando e apreendendo todos os arranjos familiares que existem em nossa sociedade hoje. “Adotar uma definição como esta significa abandonar o pressuposto dos modelos familiares, os discursos do ‘dever ser’ e tomá-la e pensá-la como um lugar privilegiado de preservação da vida. Afinal, é dentro dela que se explicita o cuidado de uma geração com a outra, especialmente com os da nova geração” (MIOTTO, 1997, p. 120).

Ainda para a autora (1997), a família deve ser atendida como uma unidade, enquanto tal, os problemas apresentados por ela devem ser analisados de uma perspectiva de totalidade.

De acordo com Pratta e Santos (2007 p. 03), “a família, desde os tempos mais antigos, corresponde a um grupo social que exerce marcada influência sobre a vida das pessoas, sendo encarada como um grupo com uma organização complexa, inserido em um contexto social mais amplo com o qual mantém constante interação”.

Sendo assim, para os autores (2007), o grupo familiar tem um papel fundamental na construção dos indivíduos, sendo importante na determinação e na organização da personalidade.

De acordo com Reis (2001) a família é a formadora da nossa primeira identidade social, além de influenciar significativamente no comportamento individual através das ações e medidas educativas tomadas no âmbito familiar.

A construção da identidade de um cidadão começa a partir do convívio com sua família, que é a base para a formação, lugar de cuidado e de proteção, espaço da socialização,

portanto, para Carvalho, “Família é o primeiro sujeito que referência e totaliza a proteção e a socialização dos indivíduos. Independente das múltiplas formas e desenhos que a família contemporânea apresente, ela se constitui num canal de iniciação e aprendizado dos afetos e das relações sociais” (CARVALHO, 1994, p. 93).

Portanto, podemos dizer que a instituição familiar é responsável pelo processo de socialização primária das crianças e dos adolescentes. Nesta perspectiva, Pratta e Santos (2007) ressaltam que a família tem como finalidade estabelecer formas e limites para as relações estabelecidas entre as gerações mais novas e mais velhas, propiciando a adaptação dos indivíduos às exigências do conviver em sociedade.

A família exerce um papel importante na vida dos indivíduos, sendo um modelo ou um padrão cultural que se apresenta de formas diferenciadas nas várias sociedades existentes e que sofre transformações no decorrer do processo histórico-social (PRATTA; SANTOS, 2007).

Assim, a estruturação da família está intimamente vinculada com o momento histórico que atravessa a sociedade da qual ela faz parte, uma vez que os diferentes tipos de composições familiares são determinados por um conjunto significativo de variáveis ambientais, sociais, econômicas, culturais, políticas, religiosas e históricas. Nesse sentido, Singly aponta que para se abordar a família hoje é preciso considerar que a estrutura familiar, bem como o desempenho dos papéis parentais, modificou-se consideravelmente nas últimas décadas (2000 apud PRATTA; SANTOS, 2007).

Ao analisarmos a família contemporânea, observamos um novo formato a ser pensado. Kaslow (2001 apud SZYMANSKY, 2002, p.10) aponta nove tipos de composição familiar:

1. Família nuclear, abrangendo duas gerações, com filhos biológicos;
2. Famílias extensas, envolvendo 03 ou 04 gerações;
3. Famílias adotivas;
4. Famílias adotivas, que podem ser bi-raciais ou de várias culturas;
5. Casais;
6. Famílias monoparentais, comandadas por pai e mãe;
7. Casais homossexuais, com ou sem crianças;



8. Famílias recompostas após o divórcio;
9. Várias pessoas vivendo juntas, sem vínculos relativos a leis, mas com fortes compromissos recíprocos.

De acordo com Mioto (1997), a família é uma instituição social, estabelecida assim ao longo da história pelas relações humanas e está dialeticamente articulada com a estrutura social na qual se insere, “um núcleo de pessoas que convive em determinado lugar, durante um lapso de tempo mais ou menos longo e que se acham unidos (ou não) por laços consangüíneos. Ele tem como tarefa primordial o cuidado e a proteção de seus membros, e se encontra dialeticamente articulado com a estrutura social no qual está inserido” (MIOTO, 1997, p. 217).

Segundo Mioto (1997), em vista do meio social mais amplo estar sempre em movimento, à família também altera a sua estrutura e seus arranjos familiares, importando-nos assim ressaltar que a família não é um grupo estático, mas sim dinâmico, o qual está sempre se construindo e reconstruindo a partir da sua história e das negociações que estabelece com seus próprios membros e com o seu meio social.

Nesta perspectiva, Pratta e Santos (2007), apontam que o ciclo evolutivo da família é dinâmico, podendo ser marcado tanto por eventos críticos previsíveis (nascimento, adolescência, casamento dos filhos, entre outros) quanto por eventos críticos não previsíveis (separações, doenças, entre outros), os quais causam grande impacto no contexto familiar, provocando um aumento da pressão e uma desorganização dentro deste contexto, o que acaba influenciando diretamente no processo de desenvolvimento da família.

Esta crise afeta direta ou indiretamente todos os membros da família, como a que ocorre, por exemplo, no período da adolescência, considerado como uma fase do ciclo vital familiar que provoca intensas transformações relacionais, especialmente entre pais e filhos. Isso porque, pais e filhos encontram-se em momentos diferentes de transformação, ou seja, os adolescentes costumam questionar valores e regras familiares, preocupando-se intensamente com o futuro, enquanto seus pais se encontram em uma etapa de questionamento profissional, de reflexão e de transformação, também repensando o futuro (PRATTA; SANTOS 2007).



No entanto, podemos verificar que apesar de todas as transformações ocorridas no âmbito familiar nas últimas décadas, a família continua sendo uma instituição reconhecida e altamente valorizada, uma vez que possui um papel primordial no amadurecimento e desenvolvimento biopsicossocial dos indivíduos, um espaço “onde aprendemos a ser e a conviver” (MIOTO, 1997, p. 217).

No próximo item abordaremos a adolescência, pois entendemos que não é possível trabalhar a temática da adolescência sem antes entendermos o universo familiar no qual os adolescentes estão inseridos, para então, discutirmos a adolescência, sua conceituação, características e manifestações ocorridas durante este período. E, para finalizar esta seção, discutiremos os serviços de saúde pública, tendo como foco, os programas para adolescentes grávidas.

## **2.2 GRAVIDEZ E MATERNIDADE NA ADOLESCÊNCIA: DIFERENTES SIGNIFICADOS**

Segundo a Organização Mundial da Saúde (2001 apud LOPES, 2004) a adolescência é um período de vida no qual o indivíduo adquire a capacidade de reproduzir-se, transita dos padrões psicológicos da infância à adultez e consolida a sua independência econômica.

Para Silva (2004), a adolescência é uma etapa de metamorfose, quando a criança começa a transforma-se em adulto, de quem exigirá uma nova interação com o mundo e que receberá novas exigências do ambiente que o cerca.

Na concepção de Lopes (2004) a adolescência é uma etapa da vida marcada por mudanças físicas, psíquicas e sociais. Período de grandes conflitos e descobertas diante das relações sociais, educacionais, de saúde-doença e comportamentais que o circunscrevem.

Além dessa conceituação de cunho prático, segundo Lopes (2004), a Organização Mundial da Saúde define a adolescência baseado no critério de desenvolvimento biológico que vai desde o começo da puberdade de até o amadurecimento sexual e reprodutivo, o desenvolvimento psicológico que tem início nos padrões cognitivos e emocionais infantis até



as características da fase adulta e a emergência de uma etapa de total dependência sócio econômica para outra de relativa independência.

Nesta perspectiva, a adolescência é uma fase em que o ser humano passa por profundas e marcantes transformações. É um período da vida, que começa aos 10 e vai até os 19 anos e onde as transformações físicas, psicológicas, comportamentais e sociais estão mais presentes. Podemos dizer que é um momento de descoberta do próprio corpo, de novos sentimentos e prazeres.

No entanto, segundo Ribeiro e Uhlig (2003) as importantes transformações físicas que caracterizam a adolescência, e mais especificamente, a puberdade, estão inseridas em um contexto mais amplo de mudanças psicológicas e sociais. De acordo com os autores, é quando o adolescente se depara com a intensificação das sensações genitais, a ampliação da capacidade de imaginação e incertezas quanto aos seus papéis futuros como adulto.

Atualmente, meninos e meninas entram na adolescência mais cedo. O início da ejaculação e da menstruação indicam que eles estão começando uma vida fértil, isto é, que chegaram a fase da vida em que já são capazes de procriar.

A puberdade é uma fase do ciclo vital biológico que abrange um conjunto de mudanças corporais causadas por hormônios, tais como crescimento das mamas, mudança de voz, primeira menstruação, e que está intimamente relacionada com o processo de crescimento físico, maturacional (SHIBA; SANCHEZ, pág. 117, 2001).

É no período da puberdade que se operam as mudanças que visam à maturidade sexual. No entanto, para Zabonel (1998 apud SILVA, 2004), a adolescência não indica maturidade sexual e consequentemente reprodutiva, mas, o que surgem são os relacionamentos sexuais muito mais voltados a atender impulsos sexuais que a consolidar uma relação afetiva concreta.

De acordo com Dimenstein e Lira (2004), os adolescentes estão começando a vida sexual mais e mais cedo. A questão moral está hoje obscurecida por inquietações sobre o impacto do sexo na qualidade de vida dos adolescentes.



A atividade sexual dos adolescentes é geralmente eventual, justificando para muitos a falta de uso rotineiro de contraceptivos. A maioria desses adolescentes não assume diante da família e da sociedade a sua sexualidade.

A sexualidade está evidente na adolescência, sendo o seu exercício norma saudável. Para isso, de acordo com Silva (2004) a prática do sexo na adolescência necessita ser encarada tanto pelos jovens quanto pelos profissionais da saúde com serenidade, pois através do relacionamento sexual poderá ocorrer uma gravidez planejada e desejada, ou quando impensada, poderá ocasionar sérias conseqüências na vida do adolescente.

A gravidez, segundo Sarmiento é uma fase da vida que não depende da idade da mulher (SARMENTO, 1990 apud LOPES, 2004), pode ocorrer a qualquer momento desde que haja as condições fisiológicas e ambientais apropriadas para propiciá-la.

Historicamente, a idade das mulheres terem filhos está relacionada aos mecanismos desenvolvidos pela sociedade. Em seu artigo *Gravidez na Adolescência e Educação*, Neves (2002) discorre que o fato das mulheres terem tido filhos na adolescência ou na idade adulta é resultado desses mecanismos. O que em dado momento é apresentado como aceitável e natural em outro contexto considera-se inaceitável,

... o que hoje é considerado um problema (a adolescente engravidar), no início do século XX, era tido como uma atribuição, pois se pensava a adolescência como uma etapa ideal para a mulher ter filhos. No Brasil do século XIX, as meninas estavam aptas para o casamento assim que chegavam as primeiras regras. Segundo Cavasin (1994, p. 31), no Brasil do século passado, a faixa etária entre 12 e 18 anos não tinha o caráter de passagem da infância para a idade adulta. Meninas de elite, entre 12 e 14 anos, estavam aptas para o casamento. Dessa forma, segundo (Heilborn (1997, p. 24), o problema muda de ângulo de apreciação conforme as preocupações de uma determinada agenda social (NEVES, 2002, p. 1534).

Por estas comprovações históricas, é possível perceber que a significação da gravidez na adolescência se modifica de acordo com as redes de relações culturais, econômicas e sociais constituídas pela sociedade.

Conforme salienta Miotto (2005), a gravidez na adolescência, no contexto da saúde, vem sendo cada vez mais tematizada, principalmente no âmbito dos chamados direitos sexuais e reprodutivos.



A idéia dos direitos sexuais e reprodutivos está vinculada à luta das mulheres em relação à busca de autonomia, na qual a apropriação do próprio corpo e das vivências no campo da reprodução e da sexualidade tornou-se fundamentais. A discussão desses direitos na esfera da cidadania, ao lado de direitos classicamente definidos (civis, políticos e sociais), vem trazendo a necessidade de novos direitos legais e sociais e tem criado uma nova agenda no exercício dos direitos políticos. Ao mesmo tempo, trazem para a arena da democracia os temas da vida cotidiana e, assim contribuem para a humanização da esfera pública (Ávila, 1999 apud MIOTO, 2005, p. 130).

Nesta perspectiva, Lopes (2004) destaca a importância das Conferências Internacionais, tais como, a Mundial (de Teerã, 1968), no qual foi reconhecida pela primeira vez o direito de pais determinarem livremente o número de filhos e o intervalos entre seus nascimentos; a de Bucareste (1974), onde foi reconhecido o direito a casais e indivíduos e estabelecido também o papel que o Estado deve desempenhar para garantir o exercício destes direitos; a Mundial da Mulher (realizada no México, 1975), onde foi reconhecido o direito da mulher à sua integridade física, de decidir sobre seu próprio corpo e a maternidade opcional.

Entretanto, outros de grande relevância na década de 1990, tais como, a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, realizada no Cairo e a IV Conferência Mundial da Mulher realizada em Beijing que sancionou os postulados do Cairo. Além destas Conferências, merece atenção também à questão de gênero no que tange a equidade e igualdade entre os sexos, a eliminação de qualquer violência contra a mulher e o controle da mulher sobre sua própria fecundidade.

A saúde da mulher com ênfase na faixa etária reprodutiva representa apenas uma parcela da complexidade e necessidade que compõem o ser mulher. Lopes (2004) salienta que a descontinuidade das ações, a falta de interdisciplinaridade e intersetorialidade afasta cada vez mais a perspectiva da integridade na saúde prescrita na Constituição Federal de 1988 e posteriormente regulamentada pela Lei 8080/90 que dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde.

A gravidez na adolescência vem sendo motivo de grandes discussões. Enquanto existe uma redução da taxa de fecundidade total, a fecundidade no grupo de 15 a 19 anos de idade vem aumentando. A taxa de fecundidade no Brasil tem apresentado um declínio desde 1970. No entanto, na faixa etária de mulheres entre 15 e 19 anos, vem apresentando um aumento de 26% entre 1970 e 1991. Entre 1993 e 1998, o percentual de partos em mulheres de 10 a 14



anos, realizados pelo Sistema Único de Saúde, cresceu 31% e, na faixa etária de 15 a 19 anos, houve um acréscimo de 19% (Brasil, 1999 apud RIBEIRO & UHLIG 2003).

A diminuição da idade da menarca tem sido apontada por muitos autores como um dos fatores do aumento da fecundidade no Brasil, pois faz com que as mulheres tenham a capacidade reprodutiva mais precocemente. Entretanto, podemos dizer que o fator mais importante que explica o aumento da fecundidade é o aumento e a precocidade da atividade sexual.

A iniciação sexual dos adolescentes, no Brasil, tem ocorrido cada vez mais cedo, em torno dos 15 anos de idade, e segundo dados do Ministério da Saúde, mais de 50% das adolescentes brasileiras de 15 a 19 anos, com baixa escolaridade, tem pelo menos um filho, sendo que entre 1993 e 1998 houve um aumento de 31% nos partos em meninas de 10 a 14 anos (MIOTO, 2005, p. 131).

A questão da maternidade na adolescência nos remete a uma discussão mais ampla, como salienta Miotto (2005). Para a autora, os riscos associados à gravidez na adolescência estão muito mais pautados aos problemas de acesso a serviços de saúde, ausência de rede de proteção, situação de pobreza das mães, que as condições fisiológicas e psicossociais próprias da adolescência.

A maternidade precoce significa, também, com frequência, a interrupção da vida escolar, a inserção no mercado de trabalho, com baixa qualificação, menores condições de competitividade e, conseqüentemente, menor renda para a futura família. Corrêa e Coates (1991 apud RIBEIRO & UHLIG 2003) salientam o fato de o risco da gravidez na adolescência gerar um ciclo aparentemente infundável que tem como resultado a baixa escolaridade, o subemprego, o rompimento da união do casal, a pobreza e uma subsequente gestação.

Diante de alguns estudos, percebe-se que a gravidez na adolescência é um fato recorrente nas histórias das famílias, na medida em que as mães, avós e irmãs também foram mães adolescentes.



De acordo com Lopes (2004), o rigor religioso e os tabus morais internos da família, a ausência de alternativas de lazer e de orientação sexual específica, ou seja, a própria ausência do Estado em definir as Políticas Públicas capazes de garantir o equilíbrio social em prol de uma cidadania digna contribui para o aumento do problema em questão.

Contudo, com a Constituição Federal de 1988 ampliou-se o conceito de saúde enquanto direito, bem como, estabeleceram-se princípios e diretrizes no âmbito da Seguridade Social garantindo o caráter público e de responsabilidade do Estado. E ainda, de acordo com os princípios que regem o Sistema Único de Saúde, já citados neste trabalho, a assistência deve ser universal, igualitária e equitativa. A efetivação destes direitos, segundo Lopes (2004), tem sido vista ainda como grande desafio e tem mobilizado a opinião pública e as autoridades brasileiras que tem procurado enfrentar ao longo dos anos através de promoção de políticas públicas diferenciadas para atender as necessidades dos diversos segmentos populacionais. Apesar disto,

observa-se que pouco se tem discutido a respeito da proteção das mães adolescentes, da família que está se constituindo e dos processos de reorganização das famílias de origem das(os) adolescentes, bem como o papel da política pública no contexto da maternidade na adolescência (MIOTO, 2005, p. 129).

Conforme salienta Mioto (2005, p. 143) a concentração da discussão no âmbito da saúde sem a perspectiva da intersetorialidade, somando ao investimento maciço apenas no aspecto da contracepção, tem contribuído para a persistência de uma omissão generalizada das políticas públicas quanto ao futuro das mães adolescentes, ou seja, ao futuro dessa jovem família.

Em estudo realizado com gestantes adolescentes em uma unidade de saúde em Florianópolis, Mioto (2003) pode verificar que essas jovens famílias se construíram e têm sobrevivido graças à solidariedade familiar. A autora ressalta que, desde a alimentação até a moradia, passando pelo auxílio nos cuidados com o bebê, são as famílias de origem implicadas que têm arcado com a reprodução da vida cotidiana. De acordo ainda com a autora, isso coloca em evidência a contraditória parceria entre família e Estado, relacionada especialmente à proteção dos adolescentes, em particular da maternidade.



Conforme salienta Melo (2001) a população mais carente não pode contar com aparato do Estado que garanta o mínimo de suporte para as adolescentes que se deparam com a realidade de serem mães. Essas adolescentes passam a contar apenas com uma rede de relações muito peculiar, que em geral se estabelece dentro da própria comunidade e muitas vezes restrita à própria família.

Ainda que possam contar com esta rede de apoio de forma suficiente para que tais adolescentes e seus filhos não se somem à população infanto-juvenil que habita as ruas e engrosse a mendicância, vadiagem, desemprego, desestruturação familiar e delinquência, esta mesma rede possui uma fragilidade que lhe é inerente, face às condições reais de vida da população favelada. A baixa renda familiar é uma preocupação que se intensifica toda vez que o orçamento doméstico sofre, além dos impactos das variações na economia, outros provocados pelo aumento do número de pessoas pelo qual a renda familiar deve ser dividida (KEJERFORS et al., 1995, pág. 66).

Observamos, portanto, que cada vez mais, tem sido requisitado das famílias de origem contínuos (re) arranjos, a fim de poderem dar suporte para as jovens famílias. O item a seguir tratará das Políticas Públicas de Saúde, bem como das Políticas Públicas voltadas para os adolescentes e de que forma elas vêm contribuindo (ou não) para dar suporte a essas mães adolescentes e suas famílias.

## **2.3 SERVIÇOS DE SAÚDE PÚBLICA: (RE) SIGNIFICAR OS PROGRAMAS PARA ADOLESCENTES GRÁVIDAS**

Nos anos 80, o Brasil passou por uma intensa luta social pelo direito à saúde, levando a Constituição Federal de 1988 a consagrá-la como direito universal, sendo dever do Estado garanti-la.

A Política Pública de Saúde consiste em organizar as funções públicas governamentais para promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e dos grupos aos quais pertencem, conforme estabelece o artigo 196 da Constituição Federal, a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e o acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1997, p. 124).



Para Sciliar, segundo a Organização Mundial da Saúde,

saúde é o estado de mais completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de enfermidade”. A partir deste conceito, o autor passou a cogitar dois pontos: o primeiro é que, provavelmente no passado, as pessoas ligavam a saúde como o inverso da doença; já o segundo, mostra a necessidade do ser humano ter, além da ausência de doenças, “bem-estar (SCILIAR, 2002, p. 93).

Neste sentido, Corrêa (2003, p. 19) lembra um dos trechos dos Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde:

A saúde não é um conceito abstrato. [...] em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde.

A promulgação da Constituição Federal de 1988, a partir de suas proposições abrangentes de acesso e cuidado a saúde, representou um marco na saúde pública brasileira na medida em que se inseriu no campo do direito à saúde todas as pessoas independentes de qualquer questão econômica, social ou cultural, pondo fim numa larga experiência histórica de descaso e exclusão social.

Com a publicação da Constituição Federal de 1988 incorporaram-se novos conceitos, princípios e uma nova forma de organizar os serviços de saúde. A Carta Magna traz o conceito de saúde relacionado com as políticas sociais e econômicas e entendido como um direito de cidadania, com ações e serviços de saúde alcançando relevância pública, incluindo a saúde no campo da seguridade social e estabelecendo a criação do Sistema Único de Saúde.

Embora com a promulgação da Constituição em 1988, somente em 1990, com a Lei 8080 que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços de saúde e a Lei 8.142 que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências de recursos financeiros na área da saúde, é que o Sistema Único de Saúde foi regulamentado.

De acordo com o artigo 4 da Lei Federal nº 8080, o Sistema Único de Saúde pode ser definido como,



O conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições Públicas Federais, Estaduais e Municipais, da Administração Direta e Indireta e das Fundações mantidas pelo Poder Público e complementarmente [...] pela iniciativa privada (BRASIL, 1990).

Baseados nos preceitos doutrinários constitucionais, a construção do Sistema Único de Saúde rege-se pelos princípios da universalidade, integralidade e equidade, sendo que a *universalidade* institui a saúde como direito de cidadania e dever das três esferas de governo, *integralidade* estabelece que o atendimento e as ações de saúde sejam realizados de forma integrada e voltados, ao mesmo tempo, para a prevenção e cura, percebendo o indivíduo como um ser humano integral e a *equidade* garante que todo cidadão é igual perante o Sistema Único de Saúde e deve ser atendido conforme suas necessidades e particularidades.

Contudo, somente no final dos anos de 1980 e início dos anos 1990, é começa a emergir o reconhecimento de problemas que afetam os jovens, como saúde, violência e desemprego, no conjunto de ações desenvolvidas pelo Estado.

Ressaltando o direito à saúde no Estatuto da Criança e do Adolescente, sendo este o eixo do presente trabalho, o artigo 7º refere que, “a criança e o adolescente têm direito à vida e a saúde, mediante a efetivação de políticas públicas que permitam o nascimento sadio e harmonioso em condições dignas de existência”. Conforme salienta Gomes (2005) este artigo veio a fortalecer legalmente uma política pública para a juventude criada pela Portaria MS nº 980/GM, de 21/12/1989, que instaurou o Programa Saúde do Adolescente – PROSAD.

De acordo com o Ministério da Saúde (1990), o Programa Saúde do Adolescente visa garantir aos adolescentes o acesso à saúde, com ações de caráter: multiprofissional, intersetorial e interinstitucional. Objetiva estimular e apoiar a implantação e/ou implementação dos Programas Estaduais e Municipais na perspectiva de assegurar ao adolescente um atendimento adequado às suas características, respeitando as particularidades regionais e a realidade local, bem como promover e apoiar estudos e pesquisas multicêntrica relativas à adolescência.

Conforme o Ministério da Saúde (1990 apud REUTER, 2004) os programas voltados para a saúde do adolescente deveria ter suas ações básicas fundamentadas numa política de promoção, identificação de grupos de risco, detecção precoce de agravos, tratamento



adequado e reabilitação. Estes programas devem ter como áreas prioritárias de ação: família; crescimento e desenvolvimento; sexualidade; saúde mental; saúde reprodutiva; saúde escolar do adolescente; prevenção de acidentes, violência e maus tratos, sempre relacionados com o resgate da auto-estima.

Diante disso o programa mencionado foi implantado em diferentes estados brasileiros, de forma a possibilitar a proliferação dos conceitos de integralidade da saúde do adolescente em todo o território nacional.

Entretanto, de acordo com Santos (1997),

embora o Programa de Saúde do Adolescente aponte no sentido de uma proposta transformadora, poder-se-ia se questionar até que ponto este seria realmente legítimo, uma vez que enfatiza um discurso normativo e regulador em detrimento do desenvolvimento de ações mais amplas que pudessem ir ao encontro do desejo dos próprios adolescentes, propiciando a implementação de um serviço de planejamento familiar que não discriminasse, principalmente a adolescente, permitindo-lhe escolher entre a prevenção ou não de uma gravidez. (Santos, 1997 apud BORGES, 1999 p. 62).

Para que a gravidez transcorra com tranquilidade, faz-se necessário que a adolescente seja acompanhada pelos serviços de saúde, através de atendimentos especializados, com profissionais capacitados na área. Assim, ela reunirá condições para ter um período de gestação saudável e um parto humanizado. Para tanto, faz-se necessário adequar a assistência dada às adolescentes de maneira específica, diferenciando-a daquela prestada às gestantes adultas.

No entanto, um fator que merece destaque para a discussão sobre a gravidez na adolescência é o despreparo dos serviços de saúde pública que visam ao planejamento familiar no Brasil, pois não existem políticas voltadas para a população que permitam um fácil acesso dos adolescentes aos serviços de saúde, o que dificulta suas buscas tanto para a orientação quanto para o recebimento de métodos contraceptivos. O adolescente necessita de um serviço de saúde com atendimento diferenciado, que possa levar em consideração seus referenciais subjetivos, mas que seja capaz, também, de oferecer respostas claras para suas dúvidas. Portanto, é preciso, adequar a assistência dada às adolescentes de maneira específica, diferenciando-a daquela prestada às gestantes adultas.

Apesar disto, Melo (2001) aponta que no Programa Saúde do Adolescente temos uma amostra da dificuldade em encarar a gravidez na adolescência como um projeto positivo (de vida). No texto elaborado, percebemos essa postura quando os técnicos mencionam que,

as adolescentes engravidam sem planejamento, entre outras causas, por falta de informações, difícil acesso a serviços especializados, desconhecimento de métodos anticoncepcionais e, muitas vezes, à procura de uma relação afetiva, de um objeto de amor ou somente devido à experimentação sexual (BRASIL, 1989:19)

Conforme já citado neste trabalho, a gravidez na adolescência tem mobilizado a atenção da sociedade como um fenômeno que vem ocorrendo de forma significativa a cada dia.

Aos olhos dos responsáveis pela formulação de políticas públicas, este fato gera a necessidade da implementação por parte do Estado de medidas e ações programáticas que possam atender às demandas surgidas nesta esfera.

Todavia, segundo Miotto (2005), “a concentração da discussão no âmbito da saúde sem perspectiva da intersetorialidade tem contribuído para a persistência de uma omissão generalizada das políticas públicas quanto ao futuro das mães adolescentes, ou seja, ao futuro dessa jovem família” (MIOTTO, 2005, p. 143).

Portanto, para a Saúde Pública não basta aguardar que as pessoas venham em busca de cuidados e informação – até porque muitos não procuram – é preciso levar esses cuidados e essas informações à comunidade através de Programas de Saúde, para que não exista somente um tratamento curativo, mas sim preventivo.

No próximo item apresentar-se-á a análise dos dados obtidos com o objetivo de responder a problemática que instigou a composição deste estudo.



### SEÇÃO III

#### DESVELANDO O UNIVERSO DAS MÃES ADOLESCENTES

##### 3.1 CONSIDERAÇÕES SOBRE OS PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

A pesquisa é um instrumento utilizado com a finalidade de conhecer uma determinada realidade. Segundo Minayo (2000, p. 23) “é a atividade básica das Ciências na sua indagação e descoberta da realidade”.

Neste sentido, Iamamoto afirma que,

pesquisar e conhecer a realidade é conhecer o próprio objeto de trabalho, junto ao qual se pretende induzir ou impulsionar um processo de mudanças. Nesta perspectiva, o conhecimento da realidade deixa de ser um mero pano de fundo para o exercício profissional, tornando-se condição do mesmo, do conhecimento do objeto junto ao qual incide a ação transformadora ou esse trabalho (IAMAMOTO, 2004, p. 62).

Nas diversas áreas, a pesquisa é fundamental para desenvolver novas metodologias, proporcionar novos serviços e qualidade de vida para as pessoas. Na área da saúde, isso se faz necessário, uma vez que, “saúde enquanto questão humana e existencial é uma problemática compartilhada indistintamente por todos os segmentos sociais” (MINAYO, 2000, p. 15)

No entanto, para Andrade (2003, p. 121) a “pesquisa é o conjunto de procedimentos sistemáticos, baseado no raciocínio lógico, que tem por objetivo encontrar soluções problemas propostos, mediante a utilização de métodos científicos”.

A importância da descrição da metodologia de um trabalho científico é explicitar para seus leitores o caminho seguido para se chegar aos resultados alcançados. O método é o caminho adotado para efetuar a pesquisa, compreendendo as fontes utilizadas, e a explicação de como foi realizado o trabalho. De acordo com Gil (2000, p. 31) “[...] método significa caminho para se chegar a um fim, dessa forma, método científico pode ser entendido como o caminho para se chegar à verdade da ciência”.

Dessa forma, pode-se dizer que método são as etapas mais concretas da investigação, com finalidade mais restrita em termos de explicação geral dos fenômenos menos abstratos. O método propicia saber, como foi realizado, o levantamento de informações, fontes e quais os instrumentos que foram utilizados para recolher os dados necessários para elaboração da pesquisa.

Todavia, a pesquisa se desenvolve ao longo de um processo que envolve inúmeras fases, desde a adequada formulação do problema até a satisfatória apresentação dos resultados. Dessa forma, surgiu o interesse em pesquisar o tema proposto a partir dos conhecimentos e experiências vivenciadas no período de estágio.

### 3.1.1 Os Sujeitos da Pesquisa

Para colocar em evidência a “Gravidez/Maternidade na Adolescência”, a partir da experiência de estágio em Serviço Social na Unidade Local de Saúde seguimos os seguintes ordenamentos: Primeiramente realizamos uma pesquisa bibliográfica que abrange toda uma parte da bibliografia já tornada pública em relação ao tema estudado. De acordo com Lokatos e Marconi (1991) este tipo de pesquisa não é meramente uma repetição do que já foi dito ou escrito sobre determinado assunto, mas propicia uma análise de um tema sob uma nova abordagem ou enfoque, o que permite chegar a conclusões inovadoras.

A elaboração dessa pesquisa teve como base a pesquisa documental, que tem como característica “a coleta de dados, que está restrita a documentos escritos ou não, constituindo o que se denomina de fontes primárias. Estas podem ser feitas no momento em que o fato ou fenômeno ocorre, ou depois” (MARCONI; LOKATOS, 1996, p. 57).

Segundo Baptista (2003, p. 51) a coleta de dados “inicia-se por uma aproximação preliminar exploratória que busca levantar informações que irão compor um primeiro quadro de situação geral”. Para tanto, utilizou-se os prontuários das adolescentes atendidas na Unidade Local de Saúde, no período de março de 2007 a julho de 2008.

Salientamos que para a realização da pesquisa ora apresentada selecionou-se uma das seis áreas de abrangência, atendidas pela Unidade Local de Saúde. Nesta existem hoje cerca



de 60 adolescentes do sexo feminino entre 10 e 19 anos e dentre essas 12 são mães, o que corresponde a 20% das adolescentes. Portanto, para a efetivação da pesquisa, optou-se pela análise dos 12 prontuários das mães adolescentes residentes na área do recorte da pesquisa ora apresentada.

Em seguida, apresentaremos os dados obtidos através da análise dos prontuários das mães adolescentes que realizaram o pré-natal e a puericultura na Unidade Local de Saúde do Saco Grande, no período correspondente de Março de 2007 a Junho de 2008.

3.2 CONHECENDO AS MÃES ADOLESCENTES

3.2.1 Idade das Mães Adolescentes:

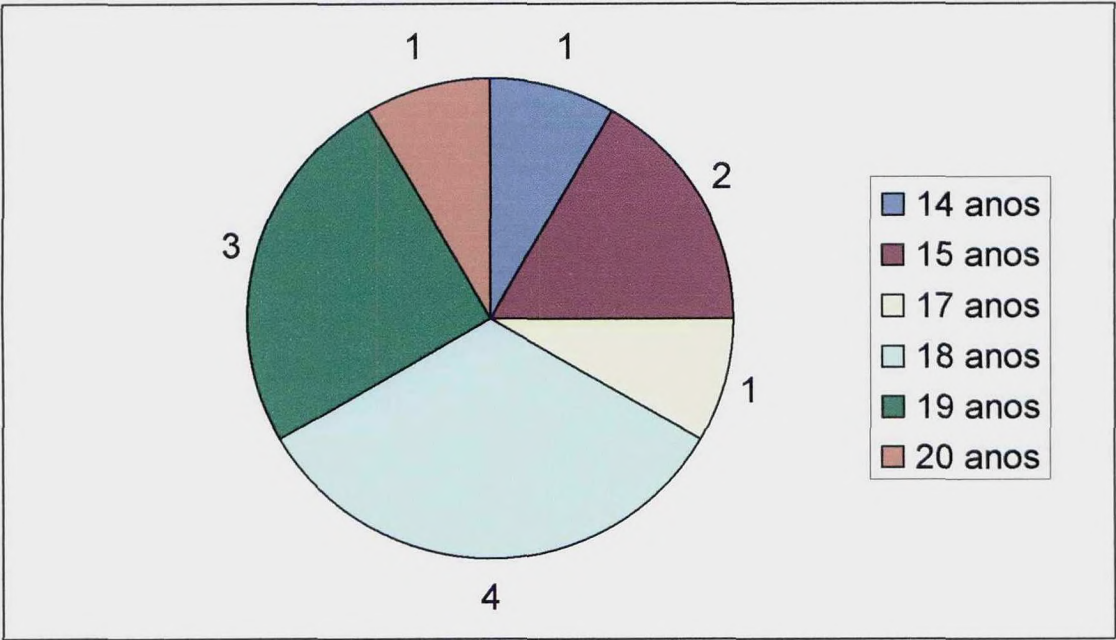


GRAFICO 1 – Idade das Mães Adolescentes

Fonte: Prontuários das adolescentes que realizaram pré-natal e puericultura entre março/07 a junho/08.  
Elaboração: Graziela da Silva – Florianópolis, 2008.

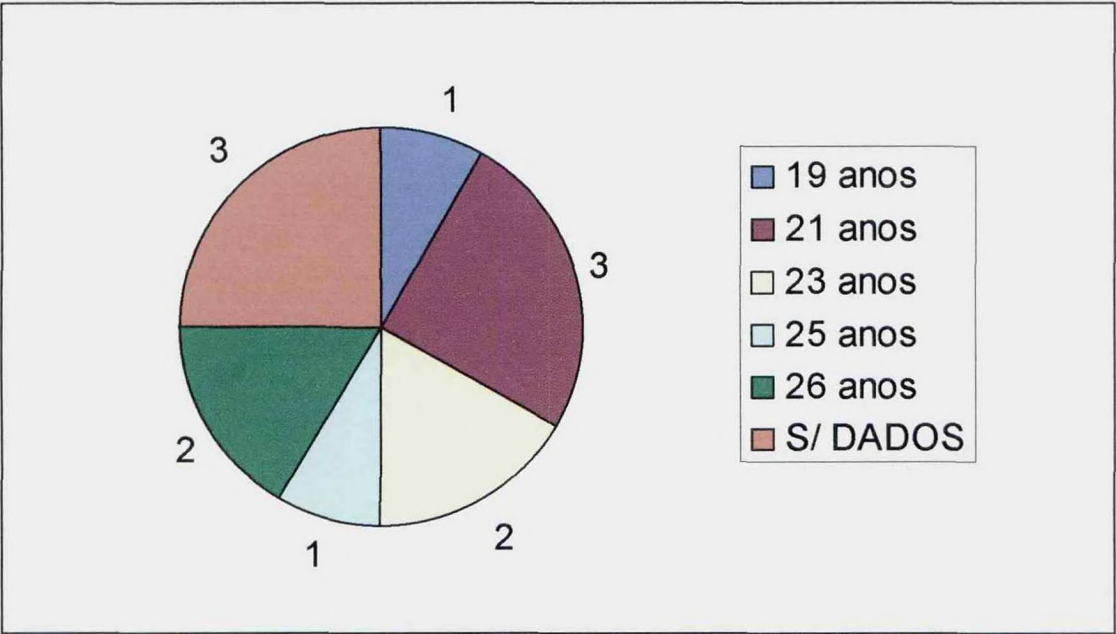
Através da leitura do gráfico acima, identificamos, em relação à idade das adolescentes, que uma delas estava com idade de 14 anos, duas com 15 anos, uma com 17

anos, quatro delas com 18 anos e quatro com faixa etária de 19 anos. Salientamos que duas das adolescentes com 19 anos estavam vivenciando a maternidade pela segunda vez.

Pesquisas realizadas confirmam que o número de mães adolescentes vem crescendo ocorrendo cada vez mais cedo entre as adolescentes.

Segundo dados do IBGE (Estatística do Registro Civil/2006) informam que dos 5.411 nascidos vivos no município de Florianópolis, 31 crianças foram de mães adolescentes menores de 15 anos e 749 de mães entre 15 a 19 anos.

3.2.2 Idade dos Pais dos Bebês:



**GRÁFICO 2 – Idade dos Pais dos Bebês**

Fonte: Prontuários das adolescentes que realizaram pré-natal e puericultura entre março/07 a junho/08.  
Elaboração: Graziela da Silva – Florianópolis, 2008.

Das adolescentes pesquisadas, identificamos que, apesar de se relacionarem com pessoas também jovens, verificamos que apenas um dos casos o casal é formado por adolescentes.



É importante destacar também que das doze adolescentes pesquisadas, três são solteiras e estão morando com a família de origem, três foram morar com o namorado após a descoberta da gravidez e seis adolescentes consta como casadas. Dessas últimas, não podemos assim afirmar se estão vivendo em união consensual ou legal.

Frente a isto, é necessário destacar que as três adolescentes que permanecem solteiras, os pais, segundo relato nos prontuários, quando da descoberta da gravidez sumiram e nenhuma delas recebe auxílio dos mesmos.

Quanto à ocupação dos esposos/companheiros, oscila entre cobrador de ônibus, marceneiro, pintor, servente de pedreiro, cortador de grama entre outras profissões.

Vale destacar que das nove adolescentes casadas, apenas três moram em casa própria ou alugada e as seis restantes, moram com a família do esposo/companheiro ou com a família da adolescente.

Na concepção de Neder (2000), não existe um modelo-padrão e único de organização familiar, dessa forma, não existe um modelo de família regular.

Lima (2006) ressalta que a unidade familiar não é estática, mas sim caracterizada pela flexibilidade e pelas transformações que ocorrem com o tempo. A autora chama atenção que entre as famílias pobres, a unidade conjugal tem uma natureza aberta, não se reduzindo em um único núcleo.

Ainda segundo a autora, a família pode sofrer alterações em sua dinâmica, de acordo com a entrada e saída de seus membros, podendo passar por arranjos domésticos diferenciados ao longo da sua trajetória.

De acordo com Ribeiro & Uhlig (2003), a gravidez na adolescência traz significativas mudanças na vida da adolescente, seu parceiro e familiares. Com frequência, os adolescentes continuam dependendo dos familiares no aspecto financeiro, de moradia ou até em relação aos cuidados com a criança, tanto nos casos em que o casal une-se consensualmente ou através do casamento, como quando permanecem solteiras.

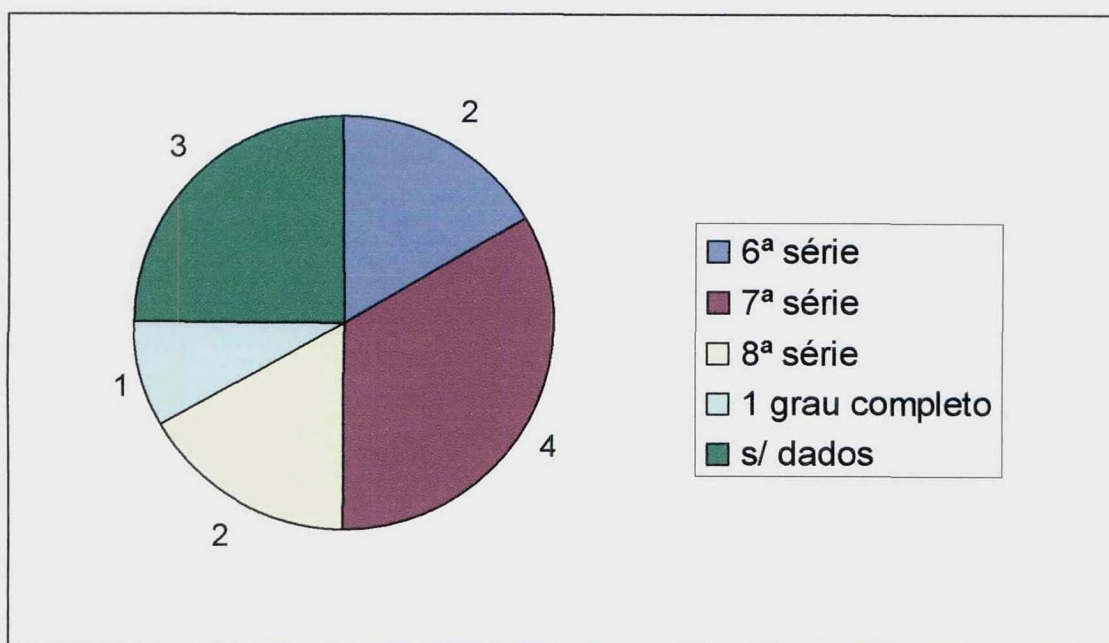
Observamos que no caso das adolescentes pesquisadas, as famílias precisaram se

bebê.

### 3.2.3 Escolaridade das Mães Adolescentes

Com base nos prontuários, identificamos que todas as adolescentes estavam estudando no período que antecedeu a gravidez.

Ainda com a questão da escolaridade, destacamos que entre as adolescentes pesquisadas, a concentração foi entre as que estavam cursando da 6ª a 8ª série, sendo que apenas uma havia concluído o 1º grau completo, conforme gráfico abaixo.



**GRÁFICO 3 – Grau de Escolaridade das Mães Adolescentes**

Fonte: Prontuários das adolescentes que realizaram pré-natal e puericultura entre março/07 a junho/08.  
Elaboração: Graziela da Silva – Florianópolis, 2008.

Na sociedade atual, prediz-se que os adolescentes precisam atingir a maioridade, terminar os estudos, começar a trabalhar ter salário, para só então estabelecer um relacionamento duradouro. No entanto, percebemos que a gravidez e a maternidade na



adolescência rompem com essa trajetória tida como natural, onde muitos se vêem numa situação em que é necessário abandonar os estudos, para assumir seu novo papel, o de mãe.

Estudiosos afirmam que a jovem que engravida tem grandes possibilidades de abandonar a escola, sendo difícil sua reinserção no sistema educacional.

Muitas adolescentes desistem dos estudos e se afastam da escola, não só durante os nove meses da gravidez, mas também enquanto estão amamentando e no decorrer do crescimento do bebê. Atitudes como estas, acarretam prejuízos na qualidade de vida e nas oportunidades futuras das adolescentes.

Em seu trabalho de Mestrado, Silva (2004), ressalta que,

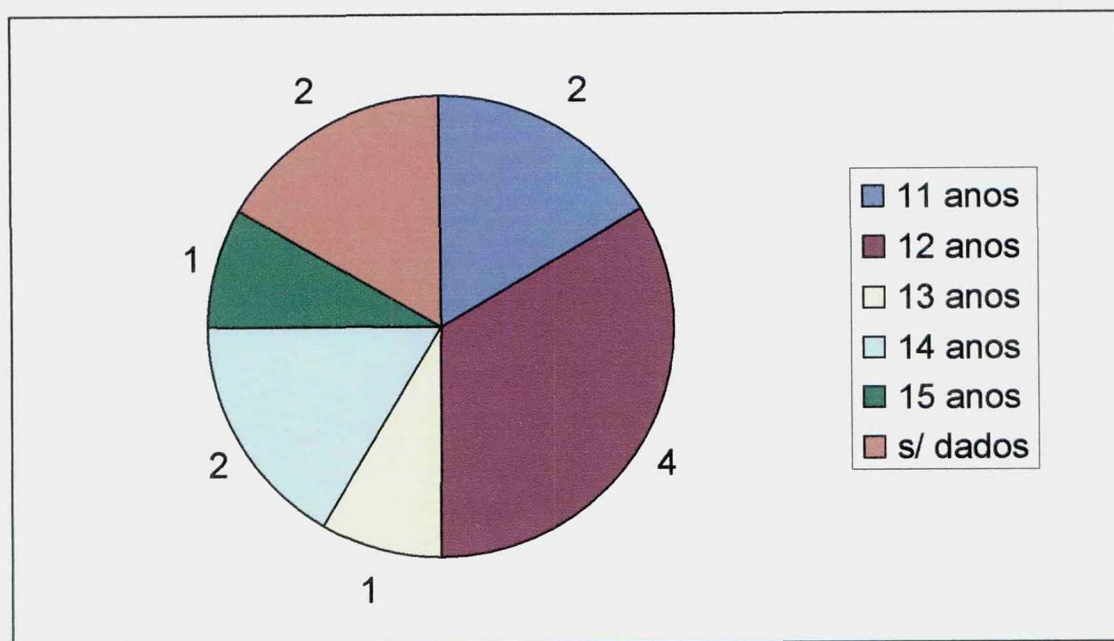
o Capítulo IV do Estatuto da Criança e do Adolescente, Lei nº 8080/90, no artigo 53 afirma que o adolescente tem direito à educação. Além disto, no artigo 54, afirma que é dever do Estado assegurar à criança de 0 a 6 anos, o atendimento em creches e pré escola (SILVA, 2004 p. 46).

Neste prisma, o abandono dos estudos, por sua vez, é dificultado pelo não cumprimento das leis, pois muitos adolescentes abandonam os estudos, por não terem com quem deixar seus filhos.

### 3.2.4 Idade da Menarca

De acordo com a literatura, a idade da menarca adiantou-se em torno de quatro meses por década do século XX, a idade média para a ocorrência é de 12,5 a 13,5 anos, sugerindo que quanto mais precocemente ocorrer, mais exposta a adolescente pode estar à probabilidade de engravidar.

Pelos resultados obtidos, sete adolescentes tiveram a primeira menstruação entre 11 e 13 anos de idade, podendo-se dizer que foi compatível com o que trás a literatura, conforme podemos ler no gráfico a seguir.



**GRÁFICO 4 – Idade da Menarca**

Fonte: Prontuários das adolescentes que realizaram pré-natal e puericultura entre março/07 a junho/08.

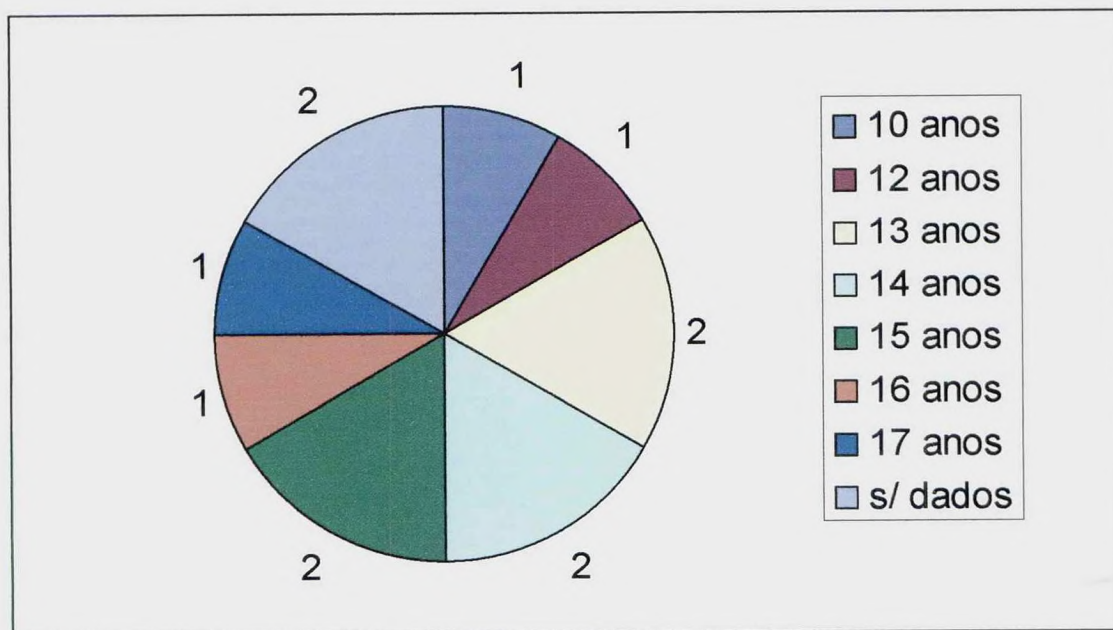
Elaboração: Graziela da Silva – Florianópolis, 2008.

Estudiosos apontam que ao lado da ocorrência de queda na idade média da menarca as adolescentes têm tido sua iniciação sexual cada vez mais nova.

### 3.2.5 Idade da Primeira Relação Sexual.

O gráfico a seguir, mostra-nos a idade com que as adolescentes pesquisadas mantiveram sua primeira relação sexual.





**GRÁFICO 5 – Idade da Primeira Relação Sexual**

Fonte: Prontuários das adolescentes que realizaram pré-natal e puericultura entre março/07 a junho/08.  
Elaboração: Graziela da Silva – Florianópolis, 2008.

Através da análise do gráfico acima, podemos identificar, o que muitos estudiosos afirmam, às relações sexuais vem ocorrendo cada vez mais cedo entre os adolescentes no Brasil.

De acordo com Vittale & Amâncio (2001), o contexto familiar em que está inserida a adolescente tem uma relação direta com a época em que ela inicia a vida sexual. Dessa maneira, as adolescentes que iniciam a vida sexual precocemente ou engravidam nesse período, geralmente vem de família cujas mães se assemelharam a essa história, ou seja, também iniciaram a vida sexual precocemente ou engravidaram durante a adolescência.

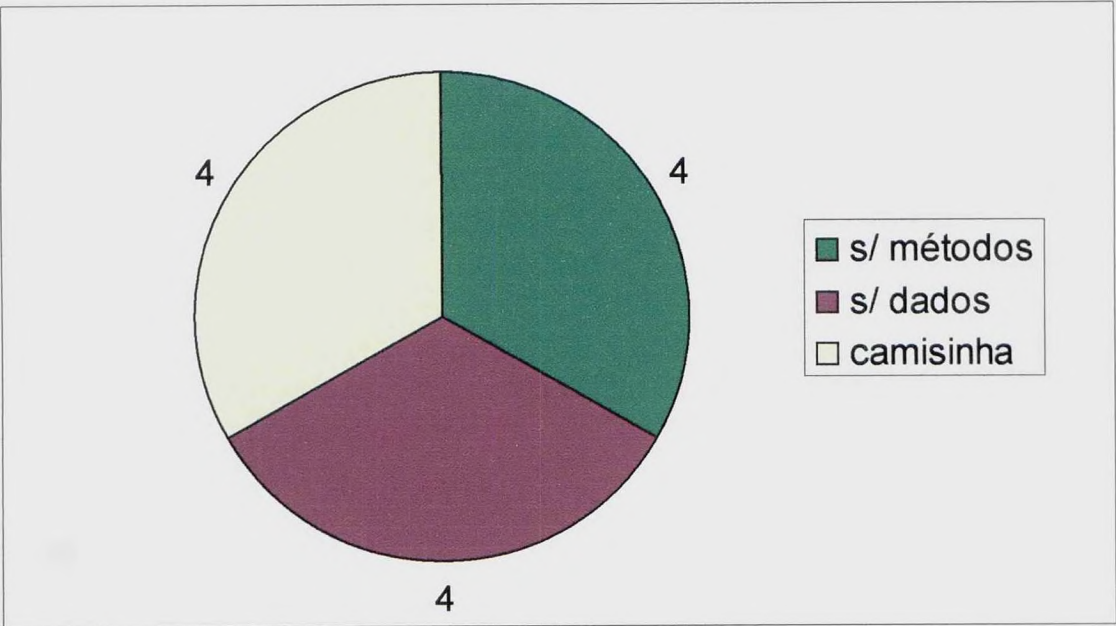
Ribeiro & Uhlig (2003) apontam que na literatura, existe uma grande diversidade de causas que contribuem para a ocorrência da gravidez na adolescência, no entanto, a diminuição da idade da menarca no decorrer dos últimos 50 anos tem sido apontada como uma das causas principais.

A vida sexual ocasional, entre os adolescentes, pode ser considerada um dos grandes fatores na ocorrência da gravidez precoce, uma vez que a ocasionalidade dificulta o planejamento em longo prazo do uso de um método eficaz, como por exemplo, a pílula.

Vários autores têm demonstrado que os jovens iniciam a vida sexual sem conhecimento básico suficientes sobre a fisiologia da reprodução e concepções. Nesta perspectiva, Ribeiro & Uhlig (2003) acrescentam que as principais fontes de informações entre os adolescentes são, frequentemente, os meios de comunicação e os amigos, mantendo por vezes informações incompletas e inexatas sobre métodos contraceptivos.

3.2.6 Método Contraceptivo Utilizado

O gráfico abaixo nos mostra os métodos contraceptivos usados pelas adolescentes quando engravidaram. Percebemos que 1/3 das adolescentes pesquisadas não utilizava nenhum método contraceptivo durante a relação sexual e os outros 1/3 relataram a utilização da camisinha durante as relações sexuais, no entanto, alegaram não ter feito uso do mesmo, somente na ocasião em que engravidaram. Das adolescentes que não fizeram uso de nenhum método, nos chama a atenção que uma não utilizava, pois havia sido informada da dificuldade em engravidar e uma pelo fato de já estar com o mesmo parceiro há algum tempo.



**GRÁFICO 6 – Método Contraceptivo Usado**

Fonte: Prontuários das adolescentes que realizaram pré-natal e puericultura entre março/07 a junho/08.  
Elaboração: Graziela da Silva – Florianópolis, 2008.

Vitalle & Amâncio (2007, p. 1), acrescentam que,

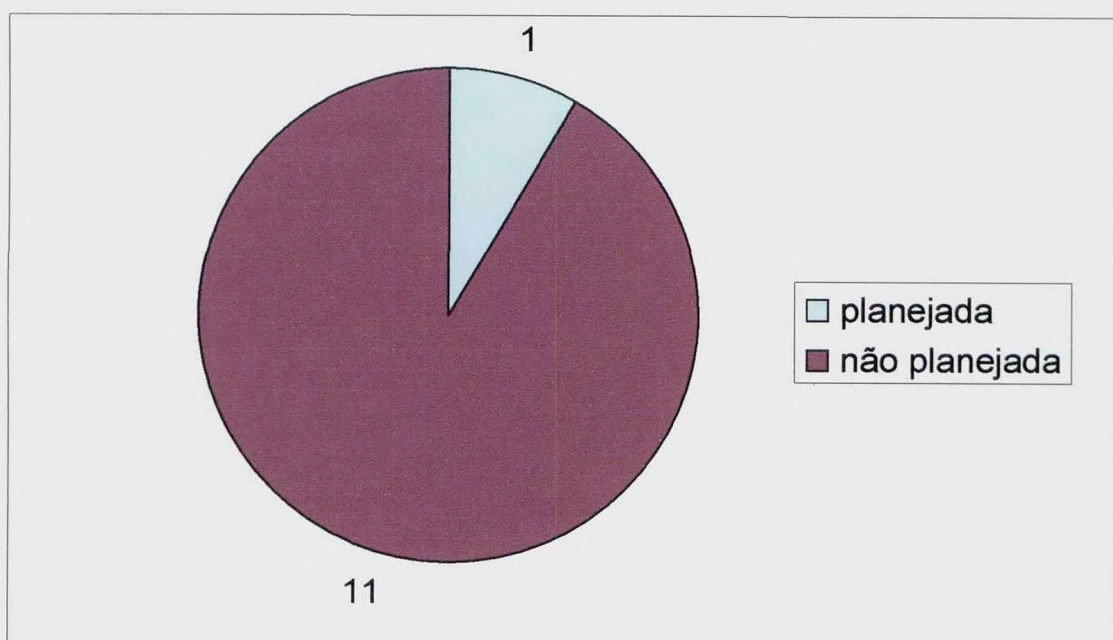


a utilização de métodos contraceptivos não ocorre de modo eficaz na adolescência, e isso está vinculado inclusive aos fatores psicológicos inerentes ao período, pois a adolescente nega a possibilidade de engravidar e essa negação é tanto maior quanto menor a faixa etária.

Concomitante a isso, o uso inadequado dos métodos contraceptivos e a falta de informação sobre a anticoncepção constituem algumas das causas da ocorrência da gravidez na adolescência. Vivendo uma vida sexual não autorizada, as dificuldades em se obter informações cercam a adolescente, dificuldades estas, apontadas por Oliveira (1998), que vão desde quais seriam os meios para evitar a gravidez até como conseguir ter acesso a eles.

### 3.2.7 Gravidez Planejada e Não Planejada

Através da leitura do gráfico abaixo, identificamos que das 12 adolescentes, sujeitos dessa pesquisa, apenas 1 delas teve sua gravidez planejada.



**GRÁFICO 7 – Gravidez Planejada e Não Planejada**

Fonte: Prontuários das adolescentes que realizaram pré-natal e puericultura entre março/07 a junho/08.  
Elaboração: Graziela da Silva – Florianópolis, 2008.

Diante desses dados, nos remetemos a Oliveira (1998) quando a mesma afirma que as razões pelas quais as adolescentes engravidam cada vez mais precocemente são múltiplas, podendo ser de ordem socioeconômica, familiar ou pessoal. Frequentemente, a gestação

precoce está ligada à ocorrência da iniciação sexual precoce, desconhecimento tanto da fisiologia reprodutiva, como a capacidade de identificar o período fértil, quanto dos métodos contraceptivos. Oliveira (1998) aponta que aliado a esses fatores, está à falta de participação da escola e dos serviços de saúde no processo de educação para a sexualidade entre os adolescentes.



## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em conformidade com os objetivos propostos neste estudo, pretendemos neste momento tecer algumas considerações que se fazem necessário.

A pesquisa bibliográfica realizada para elaboração deste trabalho nos permitiu ampliar nosso universo de conhecimento acerca da adolescência. Os estudos mostraram que a gravidez na adolescência configura-se hoje como um dos grandes problemas mundiais, pois, enquanto reduz-se o número de gestantes em idade adulta, aumenta-se o número de adolescentes grávidas.

Ao realizar a pesquisa e, após a análise dos dados obtidos, verificamos que enquanto se afirma que as taxas de fecundidade vêm sofrendo queda entre as mulheres brasileiras, devido à adesão das mesmas à competitividade no mercado de trabalho, constatamos que essas taxas vêm crescendo significativamente na faixa etária de 15 a 19 anos de idade, o que demanda das famílias de origem das adolescentes, sucessivos (re) arranjos, a fim de poderem dar suporte para as jovens famílias.

Foi possível constatar que a iniciação da atividade sexual vem ocorrendo cada vez mais cedo e mais próxima da primeira menarca. Verificamos que das doze adolescentes pesquisadas, sete tiveram sua primeira menarca entre 11 a 13 anos de idade e dessas, quatro tiveram o início da atividade sexual durante este período.

Identificar, também que entre as adolescentes pesquisadas a maioria estava estudando quando engravidou. No entanto, apenas uma das adolescentes declarou não pretender voltar a estudar.

Durante a pesquisa, identificamos que duas das adolescentes já estavam vivenciando a gestação pela segunda vez, o que demonstra a necessidade de maiores investimentos em programas/projetos municipais focados na questão da sexualidade na adolescência. Destaca-se aqui a importância da orientação e dos esclarecimentos em relação ao comportamento sexual nas escolas e o quanto isso se faz urgente, devendo ser iniciado o quanto antes.

Um dado relevante levantado durante a pesquisa foi que nenhuma das adolescentes buscou orientação sobre métodos contraceptivos na Unidade de Saúde, apenas utilizavam como meio de conseguir métodos contraceptivos, contudo, sem orientação médica do qual o método mais apropriado a ser utilizado. No entanto, nenhuma delas revelou não ter conhecimento dos métodos existentes.

Verificamos que das adolescentes pesquisadas nove encontram-se casadas e dessas, seis coabitam com a família do esposo/companheiro ou com a família de origem, o que demandou delas a readaptação em função da entrada de mais um membro, bem como com a chegada do bebê.

Frente aos questionamentos que levantamos no início deste trabalho, constatamos que as redes de solidariedade familiar tem sido crucial para a sustentação da maternidade na adolescência, pois a população mais carente não pode contar com o aparato de Políticas Públicas que garantam o mínimo de suporte para as jovens entre 15 e 19 anos que se deparam com a realidade de serem mães. Estas adolescentes passam a contar, então, com uma rede de relações muito peculiar, que em geral se estabelece dentro da própria comunidade e muitas vezes, como já mencionado, restrita à própria família.

Neste sentido, nos reportamos a Mioto (2001) quando a mesma afirma que,

[...] pouco, ou muito pouco, os programas tem-se voltado para as dificuldades cotidianas das famílias na perspectiva de dar-lhes sustentabilidade. Isso para que consigam suportar momentos críticos de sua existência e para que não cheguem a vivenciar situações que podemos considerar limites (MIOTO, 2001, p. 100).

No tocante a educação, a dificuldade em conciliar cuidados e educação dos filhos com a permanência da adolescente na escola, vêm sendo dificultadas pela inexistência ou insuficiência de creches mantidas pelo município. Além de que, para que a crianças possam ser matriculadas nas creches, é necessário que a mãe trabalhe. Conforme aponta Mioto (2005, p. 141), freqüentar a escola não tem sido considerado, no município de Florianópolis, critérios para ter acesso à vaga nas creches.




Como podemos verificar, “a falta de uma política de incentivo à permanência na escola é um exemplo ícone para o início de uma carreira baseada na ausência de qualificação profissional e numa inserção precária no mercado de trabalho” (MIOTO, 2005, p. 143).

A partir deste entendimento, avaliamos a necessidade de políticas públicas efetivas que tenham como objetivo principal a orientação sexual aos adolescentes e a facilitação do acesso às mesmas, agindo no intuito da atenção anterior a gravidez precoce.

Assim sendo, a escola torna-se um local privilegiado para a expansão da educação sexual, pois ela representa um dispositivo social que atinge um grande contingente de adolescentes, assim como as Unidades de Saúde dentro da perspectiva de ações sócio-educativas, abrindo espaço para que os adolescentes possam buscar informações e orientações que o possibilitem exercer sua sexualidade de maneira a não comprometer a sua saúde e a de seus parceiros.

Cabe aqui ressaltar que ainda existem lacunas nos serviços de saúde, bem como os da educação e da assistência, oferecidos as adolescentes grávidas, tendo em vista, que os serviços de saúde oferecidos na Unidade de Saúde Local do Saco Grande ficaram restritos basicamente às questões clínicas.

Por fim, diante do exposto durante o trabalho, reconhecemos que a maternidade na adolescência é um tema que merece ser amplamente discutido no contexto das políticas públicas, tendo como desafio a construção de uma rede de apoio às mães adolescentes. De acordo com Miotto (2005), a maternidade na adolescência, bem como a construção e o bem-estar das famílias devem constituir-se sempre questões de interesse público. Não esquecendo que a atenção especial deve ser dada às jovens famílias, para que possam assegurar o bem-estar e os direitos das futuras gerações.



## REFRÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRADE, M. M. **Introdução à metodologia do trabalho científico**. 6 ed. São Paulo, 2003.

BAPTISTA, M. V. **Planejamento Social**: Intencionalidade e Instrumentação. 2 ed. São Paulo: Veras Editora; Lisboa. 2003.

BORGES, R. **Gravidez na Adolescência e reconhecimento Social**: Estudo de caso entre adolescentes grávidas no bairro Saco Grande/Monte Verde, zona urbana de Florianópolis, SC. Dissertação de Mestrado em Sociologia Política. Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós Graduação em Sociologia Política, Florianópolis, 1999.

Cartilha sobre os direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais. Ministério da saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. Brasil: ministério da Saúde 2006

CARVALHO, M.C.B. ET AL. A priorização da família na agenda da política social. In: KALOUSTIAN, S.M Família Brasileira a base de tudo. São Paulo: Cortez; Brasília, UNICEF, 1994.

CORRÊA, S. P. **Saúde Pública e Filantropia no Hospital de Caridade**: uma questão em debate. Trabalho de Conclusão de Curso (Serviço Social) – Departamento de Serviço Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2003

DOMINGUES, LÍlian da S. **Relatório Final de estágio Curricular obrigatório**: O processo de intervenção na Rede Docente Assitencial – Centro de Saúde Saco Grande. Florianópolis, 2007. Projeto de Intervenção

DUARTE, Ângela. Relatório final de estágio. Florianópolis, 2007 – Projeto de Intervenção.

GIL, A. C. Técnicas de pesquisa em economia e elaboração de monografias. São Paulo: Atlas, 2000.

GOMES, C. G. **A promoção da Saúde na Adolescência**: um ensaio na Gerência do Posto de Assistência Médica com o grupo sócio-educativo “Aprendendo e Educando”. Trabalho de Conclusão de Curso (Serviço Social) – Departamento de Serviço Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005

IAMAMOTO, M. V. **O serviço social na contemporaneidade**: trabalho e formação profissional. São Paulo: Cortez, 2004.



JORDANO, J. **Relacionamento Familiar e Adolescência**: A experiência de estágio no Centro de Referência em Saúde do Adolescente. Trabalho de Conclusão de Curso (Serviço Social) – Departamento de Serviço Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2007

LIMA, T. C. S. **Serviço Social e Intervenção Profissional**. Trabalho de Conclusão de Curso (Serviço Social) – Departamento de Serviço Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004

LIMA, E. **A família em questão: a proteção social no âmbito da família – um estudo sobre famílias do bairro Monte Cristo em Florianópolis**. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Programa de Pós Graduação em Serviço Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006.

LOKATOS, E. M. & MARCONI, M. A. Fundamentos de metodologia Científica. 3 ed. São Paulo: Atlas, 1991.

---

Técnicas de Pesquisa. São Paulo: Atlas 1996

LOPES, H. **A gravidez e a maternidade na adolescência**: Um estudo a partir da UBS do Saco Grande. Trabalho de Conclusão de Curso (Serviço Social) – Departamento de Serviço Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.

MARTINI, Débora. **Capacitação de Conselheiros Locais de Saúde**: a contribuição do Serviço Social. Trabalho de Conclusão de Curso (Serviço Social) – Departamento de Serviço Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006.

MELO, F. R. **Gravidez adolescente e vulnerabilidade social nas grandes Metrópoles**: o caso das comunidades da Praia da Rosa e Sapucaia. Dissertação de Mestrado em Ciências Sociais. Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2001. Disponível em: <http://teses.cict.fiocruz.br/pdf/melofrm.pdf> Acessado em: 19/07/2008.

MINAYO, C. S. **Pesquisa Social**: teoria, método e criatividade, 22 ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2000.

MIOTO, R.C.T. Família e Serviço Social - Contribuição para o debate. In. Serviço Social e Sociedade. São Paulo: Cortez, 1997.

---

A maternidade na adolescência e a (des)proteção social. In: Serviço Social e Sociedade. nº 85 São Paulo: Cortez 2005

MINISTÉRIO DA SAÚDE (LM). Programa de Saúde do Adolescente – Bases Programáticas. Secretária Nacional de Programas Especiais de Saúde – Divisão Materno Infantil. Brasília, 1989.



**MINISTÉRIO DA SAÚDE.** Portaria MS nº 21/12/1989. Dispõe sobre o Programa Saúde do Adolescente – PROSAD

**MINISTÉRIO DA SAÚDE.** Programa Saúde do Adolescente – Marco Conceitual do cuidado à saúde. **Secretaria Nacional de Programas Especiais de saúde – Divisão Nacional de saúde Materno Infantil.** Brasília, 1990.

NEDER, Gizlene. Ajustando o foco das lentes: um novo olhar sobre a organização das famílias no Brasil. In: KALOUSTIAN, Silvio Manoug (Org). **Família Brasileira: a base de tudo.** São Paulo: Cortez, 2000. p. 26-46

NEVES, D.C.A. Gravidez na adolescência e educação. In: Estudos: Revista da Universidade católica de Goiás. V.29, n.6. 1489-1789. nov/dez 2002.

OLIVEIRA, M. S. Gravidez na adolescência: dimensões do problema. Caderno CEDES vol. 19 nº 45 Campinas July, 1998. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-32621998000200004&script=sci\\_arttext&tlng=in](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-32621998000200004&script=sci_arttext&tlng=in) acessado em: 23/07/2008

PEREIRA, Potyara A. p. **Necessidades Humanas: subsídio à crítica dos mínimos sociais.** São Paulo: Cortez. P. 125-1280

PRATTA, E. M.M. e SANTOS, M. A. Família e adolescência: a influencia do contexto familiar no desenvolvimento psicológico de seus membros. In: Psicologia em Estudo. vol 12 nº 2 Maringá, Mai/Ago 2007.

REIS, J.R.T. Família Emoção e Ideologia. In: LANES, S e CODO, W (orgs). Psicologia Social: o homem em movimento. São Paulo: Brasiliense, 2001.

RIBEIRO, A.C.L. & UHLIG, R.F.S. A gestação na adolescência e a importância da atenção à saúde do adolescente. In: Atenção à saúde da Mulher e da Criança no Município de Curitiba. Rio de Janeiro, nº 26 Abril, 2003.

SILVA, J. B. S. Encontros e Desencontros na trajetória percorrida pelos adolescentes a partir da gravidez. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública. Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós Graduação em Saúde Pública, Florianópolis, 2004.

SCLIAR, M. **Do mágico ao social.** Trajetória da Saúde Pública. Editora SENAC, São Paulo, 2002.

SHIBA, A.S & SANCHEZ, P. A Puberdade. In: **O ciclo da vida humana: uma perspectiva psicodinâmica.** Porto Alegre: Ed Artimed, 2001.

SZYMANSKY, Heloiza. Viver em família como experiência de cuidado mútuo: desafios em um mundo de mudanças. Serviço Social & Sociedade nº 71, São Paulo: Cortez, 2002.



VITALLE, M.S.S & AMANCIO, O.M.S. Gravidez na adolescência. Disponível em: <http://www.brazilpednews.org.br/set2001/bnpar101.htm> Acessado em 10/07/ 2008.

## ANEXOS

Anexo 01 – Regimento Interno



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**  
**HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**  
**SECRETARIA DA SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS**  
**REDE DOCENTE-ASSISTENCIAL**

**REGIMENTO INTERNO DA REDE DE ARTICULAÇÃO**  
**UNIVERSIDADE / SISTEMA DE SAÚDE / REDE DOCENTE-ASSISTENCIAL DE**  
**FLORIANÓPOLIS**

**I - FINALIDADE**

A Rede Docente-Assistencial (RDA) tem por finalidade promover a integração ensino, pesquisa e extensão, serviço e comunidade, favorecendo a ampliação da atenção à saúde de qualidade e propiciando a formação dos profissionais da saúde voltada para os princípios dos SUS.

**II – OBJETIVO**

Artigo 1º. Subsidiar a formação e capacitação de profissionais no âmbito da saúde, através de programas articulados entre a UFSC e a SMS, numa perspectiva humanista, de excelência técnica e num contexto interdisciplinar, favorecendo a ampliação da atenção à saúde de qualidade e propiciando a formação dos profissionais da saúde voltada para os princípios do SUS.

**III - DA ORGANIZAÇÃO**

Artigo 2º. A Rede Docente-Assistencial (RDA) de Florianópolis integra estudantes, profissionais de saúde e professores da UFSC e profissionais da rede municipal de saúde, em um processo de ensino-aprendizagem onde todas as unidades se constituem em cenários potenciais de ensino e de prestação de serviços de saúde, com participação de representação do Conselho Municipal de Saúde.

Artigo 3º. A RDA de Florianópolis se compõe:

Na UFSC:

- pelo Centro de Ciências da Saúde
- pelo Hospital Universitário
- por outras Unidades de Ensino que atuam na área da Saúde

Na PMF:

- pela Secretaria da Saúde de Florianópolis, através de sua rede de Unidades de Saúde, Níveis de Gestão Regional e Central.

Artigo 4º. As atividades docente-assistenciais são supervisionadas por docentes dos cursos da UFSC, profissionais do HU, da SMS e/ou contratados para este fim, em consonância com as prerrogativas legais estabelecidas.

Artigo 5º. As condições que organizam a RDA de Florianópolis devem incluir:

- Adesão de profissionais de equipes locais às funções de supervisão local e outras relacionadas ao processo ensino-aprendizagem;
- Qualificação dos profissionais envolvidos na supervisão das atividades da RDA;
- Unidades locais de saúde que tenham estrutura física e recursos humanos adequados para o desenvolvimento das atividades;
- O desenvolvimento de pesquisas deve estar articulado entre as instituições, seguindo princípios éticos, devem estar voltados para resolução de problemas na rede e seguir critérios epidemiológicos levando-se em conta a capacidade de absorção das unidades de saúde e demais setores da Secretaria Municipal de Saúde.

Artigo 6º. As atividades teórico-práticas seguem o modelo assistencial definido para a rede municipal de saúde adotado pela Secretaria Municipal da Saúde de Florianópolis, em acordo com o SUS.

Artigo 7º. Os cursos devem propor, previamente, à Coordenação da RDA, as atividades docente-assistenciais a serem desenvolvidas em cada semestre, considerando:

- A forma de organização das atividades;



- Os locais de atuação;
- A duração das atividades;
- A carga horária diária e total;
- O período das atividades;
- O total de estudantes
- O número de estudantes em cada período;
- O(s) supervisor(es) / preceptor(es) responsável (is).

Artigo 8º. A estrutura organizacional da RDA dispõe de uma comissão didático-pedagógica-assistencial, uma comissão de pesquisa e extensão, uma comissão de gestão de recursos e uma comissão de educação permanente, com finalidade de organizar, apoiar e fomentar as atividades que lhes competem.

Parágrafo 1º. Os membros das comissões são definidos pelo Colegiado Técnico e homologados pelo Conselho Gestor.

Parágrafo 2º. As comissões podem ser criadas ou extintas conforme necessidade operacional da RDA, pelo Colegiado Técnico.

Artigo 9º. A organização da RDA está apoiada administrativamente por uma secretaria executiva, com recursos humanos e materiais adequados e providos pelas instituições envolvidas.

#### **IV - DA GESTÃO**

Artigo 10º. A RDA de Florianópolis possui co-gestão entre as instituições envolvidas, que provêm a sua viabilização física, financeira e gerencial.

Artigo 11º. A gestão está composta estruturalmente por:

- Um Colegiado Técnico conformado por representantes das instituições que integram esta Rede Docente Assistencial (RDA), que é a instância máxima de deliberação e execução, no que tange ao cumprimento dos objetivos e competências estabelecidos no presente Regimento; e,

- Um Colegiado de Gestores, composto pelo Secretário Municipal de Saúde; Diretor do Centro de Ciências da Saúde; Diretor do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago, da Universidade Federal de Santa Catarina (HU/UFSC); e, pelo Coordenador do Colegiado Técnico da Rede Docente Assistencial, que é a instância executiva no que tange ao cumprimento das legalidades formais e institucionais referente da mesma e próprios aos exercícios de seus cargos.

Artigo 12º. O Colegiado Técnico da RDA é composto por:

- Um (1) representante do HU, indicado pela Direção Geral do HU;
- Um (1) representante da SMS/Assessoria de Desenvolvimento Institucional;
- Os Coordenadores das Regionais de Saúde da SMS;
- Um (1) representante dos supervisores locais por curso, preferencialmente vinculados a SMS;
- Um representante da Direção do CCS;
- Um (1) representante de cada curso que desenvolve atividades na RDA, indicado pelo colegiado do curso;
- Um (1) representante do Programa de Residência Integrada em Saúde da Família;
- Um (1) representante do Departamento de Saúde Pública do CCS;
- Dois (2) representantes do segmento de usuários, indicados pelo Conselho Municipal de Saúde;
- Um (1) representante discente por curso de graduação envolvidos e um (1) do Programa de Residência Integrada em Saúde da Família;
- Um (1) representante de cada um dos seguintes setores da Secretaria Municipal de Saúde: Atenção Básica, Vigilância em Saúde, Planejamento, Avaliação e Auditoria e Recursos Humanos.

Parágrafo 1º. Estão envolvidos na RDA os Cursos de Medicina, Enfermagem, Nutrição, Farmácia/Análises Clínicas, Psicologia, Serviço Social, Odontologia.

Parágrafo 2º. A inclusão de novos cursos ou departamentos deve ser aprovada pelo Conselho de Gestores, ouvido o Colegiado Técnico.

Parágrafo 3º. A exclusão das atividades de Cursos ou Departamentos deve ser informada com um semestre de antecedência ao Colegiado Técnico.



Parágrafo 4º. Para cada membro da gestão está prevista uma suplência, da mesma categoria de representação.

Artigo 13º. A falta não justificada de representante do colegiado por duas (2) reuniões consecutivas ou três (3) não consecutivas, num período letivo, implicará em perda de mandato.

Parágrafo 1º. Em caso de perda de mandato de um membro do colegiado, haverá substituição pelo respectivo suplente.

Parágrafo 2º. Nos casos previstos no parágrafo anterior, um novo suplente será indicado pelo setor responsável pela representação em questão.

Artigo 14º. A coordenação da RDA é realizada por um Coordenador Geral e um Vice-Coordenador.

Parágrafo 1º. O Coordenador Geral e o Vice-Coordenador devem representar a UFSC e a SMS.

Parágrafo 2º. Não poderá, nem a UFSC, nem a SMS assumirem as duas coordenações.

Parágrafo 3º. O tempo de gestão da Coordenação do Colegiado Técnico deverá ser compartilhado entre as representações de cada uma daquelas instituições (50% para a UFSC e 50% para a SMS).

Artigo 15º. O Coordenador Geral e o Vice-Coordenador do RDA são eleitos pelo Colegiado Técnico e homologados pelo Conselho Gestor.

Artigo 16º. São atribuições do Coordenador Geral:

- Presidir o colegiado da RDA
- Representar a RDA
- Promover a articulação da RDA interna e externamente
- Coordenar todos os trabalhos referentes ao desenvolvimento da RDA

- Tomar as medidas necessárias à divulgação da RDA
- Integrar e coordenar a avaliação anual da RDA
- Decidir “ad-referendum” ao colegiado, em situações de urgência, desde que não ultrapasse os limites das deliberações.

Artigo 17º. São atribuições do Vice-Coordenador:

- a) Cooperar com o Coordenador Geral nas realizações das atividades inclusas no artigo anterior
- b) Substituir o Coordenador Geral na sua ausência.

Artigo 18º O mandato do Coordenador Geral e Vice-Coordenador é de dois (2) anos, renovável por mais um mandato, havendo, após o primeiro período, a alternância na representatividade na coordenação do colegiado.

Artigo 19º. O Conselho Gestor tem reuniões ordinárias bimestrais e reuniões extraordinárias.

Artigo 20º. O Colegiado Técnico tem reuniões ordinárias mensais e reuniões extraordinárias.

Parágrafo único. As reuniões extraordinárias do Colegiado Técnico são convocadas pelos coordenadores, ou por decisão de mais de 50% dos membros do colegiado, com um mínimo de 48 horas de antecedência e garantindo-se ampla divulgação nos meios de comunicação utilizados pelo colegiado.

Artigo 21º. São atribuições do Colegiado Técnico da RDA:

1. Propor e avaliar as áreas/setores/Departamentos que integrarão a RDA, assim como as atividades e número de estudantes vinculados à RDA em cada unidade básica do sistema local de saúde.
2. Avaliar permanentemente o desenvolvimento da RDA e propor alterações que se fizerem necessárias.
3. Estimular e facilitar a articulação dos planos de ensino com o modelo assistencial preconizado pelo SUS.
4. Promover a integração curricular e interdisciplinar
5. Coordenar a realização de seminário de avaliação e planejamento semestral da RDA



6. Propor convênios, acordos de cooperação, grupos de trabalho e de pesquisa e aprovar a formação de coordenações, comissões, câmaras técnicas e outras instâncias para tratar de assuntos específicos da RDA.
7. Propor, desenvolver, realizar e avaliar planos e projetos relacionados com a política de Educação Permanente da Secretaria Municipal de Saúde.
8. Capacitar os supervisores locais para realizar as atividades docentes assistenciais na Rede Municipal de Saúde.

## **V – DOS INTEGRANTES DA RDA**

Artigo 22º. Exercem atividades de supervisão e/ou docência os profissionais de nível superior integrantes da RDA.

Artigo 23º. Os profissionais da Secretaria Municipal de Saúde que integram a RDA supervisionando estudantes dos diferentes cursos têm períodos e atividades docente-assistenciais definidos conforme organização realizada, previamente, entre o referido curso e o colegiado da RDA.

Artigo 24º. A atuação docente-assistencial integra o modelo assistencial adotado pelo município, desenvolvendo práticas como atenção clínica e de enfermagem, assistência farmacêutica, trabalhos com grupos, visitas domiciliares e comunitárias, reuniões, etc., que possibilite adequação às diferentes necessidades do processo ensino-aprendizagem, inclusive no que se refere ao número de consultas e de procedimentos, tempo de permanência dentro e fora da unidade de saúde, participação em grupos de trabalhos, planejamento em saúde, atividades de supervisão, reuniões, educação continuada, preparações de aula, articulações entre os diferentes níveis de atenção à saúde no SUS e outras atividades didáticas e/ou assistenciais.

Parágrafo único. Os estudantes podem ser acompanhados, quando necessário, em suas atividades por outros profissionais/trabalhadores de saúde integrantes da rede de saúde do Sistema Único de Saúde, com a ciência dos supervisores/preceptores.

## **VI – DA SUPERVISÃO**

Artigo 25°. Os supervisores acadêmicos são docentes de cada área profissional integrante da RDA. Suas atribuições envolvem:

- Prover aos estudantes supervisões que garantam a excelência acadêmica na área em questão;
- Promover o trabalho interdisciplinar;
- Acompanhar in loco as atividades de capacitação da sua área profissional específica,
- Acompanhar atividades coletivas dos estudantes;
- Proceder à avaliação de desempenho individual e coletivo dos estudantes;
- Avaliar o desempenho individual e coletivo dos supervisores locais;
- Participar da supervisão em grupo.

Artigo 26°. Os supervisores locais são profissionais específicos de cada área e suas atribuições envolvem:

- Prover aos estudantes supervisões que garantam educação no trabalho, no contexto específico de sua área profissional e numa perspectiva interdisciplinar;
- Acompanhar in loco as atividades da sua área profissional específica;
- Acompanhar o desenvolvimento de atividades individuais e coletivas dos estudantes;
- Participar da supervisão acadêmica e de grupo, dos seminários de situações especiais e outras atividades didático-pedagógicas;
- Contribuir no processo de avaliação acadêmica.

## **VII – DA FREQUÊNCIA, DA AVALIAÇÃO, DO APROVEITAMENTO ESCOLAR E DAS CONDIÇÕES DE APROVAÇÃO DO ESTUDANTE**

Artigo 27°. A frequência, avaliação do aproveitamento escolar e condições de aprovação do estudante são estabelecidas conforme as especificidades de cada curso.

Parágrafo Único: A comissão didático-pedagógica-assistencial acompanha o planejamento e execução das atividades de ensino, frequência e avaliação, contribuindo com as orientações necessárias.



## **VIII – DAS DISPOSIÇÕES FINAIS**

Artigo 28º. Alterações deste regimento, após apreciação pelo Colegiado Técnico, são de atribuição do Conselho Gestor da RDA, em suas instâncias deliberativas conforme estabelecido no artigo 11º deste regimento.

Artigo 29º. Este regimento entra em vigor quando de sua promulgação pelas autoridades firmantes do convênio que rege a Rede Docente Assistencial de Florianópolis, revogadas as disposições em contrário.